

# Rapport annuel de gestion 2011-2012

Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie



Le *Rapport annuel de gestion 2011-2012* est le fruit d'un travail collectif des différentes directions de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, sous la coordination du secteur Secrétariat général et communications.

**Planification et Coordination**

Christine Daniel

**Rédaction et mise en page**

Magali Dupont

**Secrétariat**

Anick Fournier

Gisèle Ménard

**Référence suggérée**

Agence de la santé et des services sociaux (2012). *Rapport annuel de gestion 2011-2012*. Longueuil

Ce document est disponible en version électronique sur le site Web de l'Agence, [www.santemonteregie.qc.ca/agence](http://www.santemonteregie.qc.ca/agence), sous l'onglet Documentation.

**Dépôt légal**

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2012

Bibliothèque et Archives Canada, 2012

ISBN 978-2-89342-562-7 (version imprimée)

ISBN 978-2-89342-563-4 (version PDF)

Dans ce document, le générique masculin est utilisé sans intention discriminatoire et uniquement dans le but d'alléger le texte.

Ce document peut être reproduit ou téléchargé pour une utilisation personnelle ou publique à des fins non commerciales, à condition d'en mentionner la source.

**MESSAGE DE LA PRESIDENTE  
DU CONSEIL D'ADMINISTRATION  
ET DU PRESIDENT-DIRECTEUR GENERAL**

**PREVOIR AUJOURD'HUI LES SERVICES  
DE DEMAIN**

**Réflexion stratégique régionale**

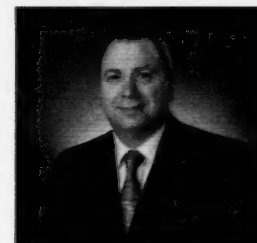
Nous avons amorcé cette année, en collaboration avec les dirigeants des établissements de la région, une importante réflexion sur l'offre de service régionale que nous devons proposer aux Montérégiens dans les prochaines années. Des défis majeurs se posent particulièrement en Montérégie, notamment la pression sur le réseau de santé et des services sociaux causée par la forte croissance démographique anticipée et le vieillissement rapide de la population.

En outre, la modernisation des deux centres hospitaliers universitaires (CHU) de Montréal qui compteront moins de lits, incite la Montérégie à rapatrier une bonne partie des clientèles qui reçoivent des services de ces deux CHU. D'autres défis se posent également sur les plans de l'organisation des services et du financement.

Dans une perspective d'organisation des services et d'amélioration de la performance de notre réseau, nous devons penser dès aujourd'hui à ce qu'on devra mettre en place pour répondre aux besoins des Montérégiens dans la prochaine décennie. Huit ans après la réforme qui a donné lieu à la création des centres de santé et de services sociaux et des réseaux locaux de services, nous devons, en tant que région, réviser notre approche de gouvernance clinique et explorer de nouvelles avenues.



Nicole Mongeon



Richard Deschamps

La réflexion sur les défis et l'émergence d'une vision commune et partagée nous permettra notamment de mettre en place un processus de gouvernance clinique en vue de proposer une offre de service adaptée aux besoins des Montérégiens pour les cinq à dix prochaines années.

**Plan de rapatriement de la clientèle : un premier pas de franchi**

Après plus de deux ans de travaux, l'Agence a reçu l'aval du ministre de la Santé et des Services sociaux pour l'ensemble du projet de rapatriement. Le projet représente un total de 60 M\$ pour les volets immobiliers et les équipements, dont 30 M\$ seront financés par l'Agence et 30 M\$ par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Les discussions se poursuivent pour le volet budgets de fonctionnement. La proposition de l'Agence permettra de rapatrier en Montérégie une bonne part des clientèles qui reçoivent des soins et services au CHUM ou au CUSM.

Le ministre a annoncé au printemps 2012 la phase 1 du projet, ce qui représente 14 M\$ d'investissements dans notre réseau.

Ce projet représente un apport important pour notre réseau : 121 lits d'hospitalisation, 3,6 salles d'opération, une capacité de services pour 74 000 consultations en cliniques externes, 4 600 hospitalisations. En ressources humaines, ces services

représentent plus de 60 médecins et près de 350 nouveaux emplois dans le réseau de la santé et des services sociaux.

### **Le plan régional d'effectifs médicaux spécialisés**

Le plan régional des effectifs médicaux spécialisés prévoyait l'accueil de 57 nouveaux médecins spécialistes en 2011-2012 en Montérégie. La région prévoit en accueillir 145 de plus en 2012-2013 et enfin, 95 entre 2013 et 2015, pour un total de 297 au terme du plan quinquennal d'effectifs médicaux 2010-2015.

Cet important ajout de forces vives au sein des établissements de la Montérégie favorisera un meilleur accès aux différents services spécialisés de proximité pour la population montréalaise.

### **Radiothérapie au Centre intégré de cancérologie de la Montérégie**

Le nouveau Centre intégré de cancérologie de la Montérégie de l'Hôpital Charles LeMoine a été inauguré à l'été 2011. En offrant les premiers traitements de radiothérapie dans la région, le CICM représente une plus-value pour la population, car il propose maintenant toute la gamme de soins en cancérologie.

En radio-oncologie, ce sont environ 3 500 patients de la Montérégie qui devaient recevoir leur traitement dans différents centres situés dans d'autres régions. Le centre a permis de rapprocher davantage les services du milieu de vie des Montérégiens atteints d'un cancer.

En 2011-2012, le CICM a dispensé les services suivants : 34 000 visites en clinique d'oncologie, 1 260 consultation médicale en radio-oncologie, 1 193 patients vus en suivi, 9 107 traitements de chimiothérapie, 767 patients traités en téléthérapie (ce qui représente 11 812 traitements).

### **Plan de services intégrés pour les personnes âgées 2011-2013**

Le Ministère a accordé 33 925 000 \$ pour des places permanentes en alternative aux centres d'hébergement de soins de longue durée. Cette somme se traduit par le développement de 815 places en ressources intermédiaires et en ressources de type familial et 91 places en récupération fonctionnelle.

En 2011-2012, la mise en œuvre du plan aura permis de créer 191 places permanentes dans ce type de ressource, principalement pour les personnes âgées, ainsi que pour les clientèles adultes ayant une problématique de santé mentale, une déficience physique ou intellectuelle. Les 624 autres places deviendront disponibles progressivement d'ici la fin de 2013.

### **Vers un meilleur accès aux services en Montérégie**

Les résultats de cette année démontrent sans aucun doute que la Montérégie poursuit sa progression pour un meilleur accès aux services de santé pour la population.

Les établissements ont également amélioré leur performance de façon marquée au niveau de la production chirurgicale et dépassent largement les cibles établies avec le Ministère. Globalement, ils ont réalisé 5 % de plus de chirurgies que l'année dernière et 13 % de plus qu'en 2009-2010.

En ce qui concerne les urgences, la région a amélioré la durée moyenne de séjour (DMS) de 1,6 heure dans la dernière année. Beaucoup d'efforts ont été investis dans les hôpitaux pour atteindre un tel résultat. La Montérégie est d'ailleurs l'une des régions qui s'est le plus améliorée à ce niveau. L'urgence fait partie du système de soins et de services et représente une porte d'entrée assurée en termes d'accessibilité. La gamme de soins et de services destinés aux personnes âgées et les services



de la 1<sup>re</sup> ligne médicale expliquent en partie le succès de la région.

### **L'accès aux services pour les personnes ayant une déficience**

L'année 2011-2012 s'est avérée une année de consolidation des travaux mis en œuvre depuis la parution, en juin 2008, du *Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience*. L'Agence s'est par ailleurs engagée à la poursuite de l'implantation de ce plan par l'adoption d'un *Plan régional d'amélioration de l'accès et de la continuité (PRAAC)* pour les années 2012-2015.

Ainsi, les établissements montréalais ont amélioré de façon notable, soit près de 20 %, le taux des demandes de services traitées pour les personnes ayant une déficience physique (indicateurs 1.45.04.01). De même, les résultats globaux en ce qui concerne le taux de respect des délais d'accès en DI-TED (1.45.05.01) démontrent une amélioration de 26 % par rapport à l'année précédente.

### **Jeunes en difficulté**

Le nombre de jeunes en difficulté rejoints par les CSSS de la région a continué d'augmenter, passant de 2 925 à 3 260, soit 11,5 % de plus qu'en 2010-2011. Ainsi, le taux par 1 000 de jeunes en difficulté rejoints passe de 70,1 à 74,5 %.

La programmation régionale et les étapes de déploiement en ce qui concerne l'intervention en négligence ont été adoptées cette année. Déjà, un premier programme en négligence offrant une intervention de groupe et faisant appel à des parents-soutien pour des familles vivant en contexte de négligence a vu le jour cette année sur le territoire du CSSS La Pommeraie. Il faut également noter que la Montérégie bénéficie depuis 1998 d'un

programme d'intervention de crise et de suivi dans le milieu exceptionnel, le programme CAFE.

### **Dépendances**

La consolidation des corridors de services en dépendance incluant des services intégrés pour des personnes qui présentent une double problématique de santé mentale et de dépendance constitue une réalisation majeur du CRD Le Virage avec des CSSS du territoire.

Plus de 80 % des personnes suivies pour une problématique de dépendance souffrent aussi d'un trouble de la personnalité et jusqu'à 40 % des personnes s'adressant à des services en santé mentale avec un trouble sévère présentent également une toxicomanie. Un meilleur accompagnement permet aux personnes qui vivent avec un trouble concomitant de mieux faire face aux défis du quotidien.

### **Fusion du CSSS Champlain—Charles-Le Moyne**

Le CSSS Champlain et l'Hôpital Charles LeMoyne ont choisi d'unir leurs forces pour relever les défis communs sur leur territoire. La fusion des deux établissements a engendré la création du CSSS Champlain—Charles-Le Moyne, qui compte près de 4 700 employés et plus de 400 médecins.

La population des villes de Brossard, de Saint-Lambert et de Longueuil – arrondissements de Greenfield Park, de Saint-Hubert et le secteur LeMoyne – peut compter dorénavant sur ce nouveau centre de santé et de services sociaux pour répondre aux enjeux majeurs en matière de santé et de services sociaux qui s'annoncent au cours des prochaines années.

## Remerciements

En terminant, nous tenons à remercier tous ceux et celles qui contribuent au bien-être des Montérégiens par les soins et services qu'ils dispensent quotidiennement. Nous voulons également remercier les directeurs généraux ainsi que les membres des conseils d'administration des établissements de la région pour leur dévouement et leur fidèle collaboration dans les grands projets régionaux.

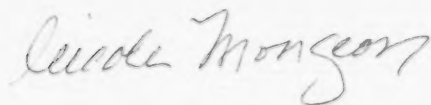
Merci également au personnel et aux membres du conseil d'administration de l'Agence pour leur engagement et les efforts investis dans l'amélioration constante des soins et services de santé et Montérégie.

Le président-directeur général,

A handwritten signature in dark ink, appearing to read 'Richard Deschamps'.

Richard Deschamps

La présidente du conseil d'administration,

A handwritten signature in dark ink, appearing to read 'Nicole Mongeon'.

Nicole Mongeon

## TABLE DES MATIERES

MESSAGE DE LA PRÉSIDENTE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL .....	I
TABLE DES MATIERES .....	V
LISTE DES TABLEAUX, GRAPHIQUES ET FIGURES.....	VIII
ABRÉVIATIONS ET SIGLES.....	X
DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES CONTENUES DANS LE RAPPORT DE GESTION DE L'AGENCE ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS .....	1
LE RAPPORT DE VALIDATION DE LA DIRECTION DE LA VÉRIFICATION INTERNE .....	2

### 1 L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTERÉGIE

1.1 MISSION.....	3
1.2 OBJET.....	3
1.3 DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES ET TERRITORIALES .....	4
1.3.1 Une population vieillissante.....	5
1.3.2 Des disparités socioéconomiques .....	6
1.4 STRUCTURE DE L'ORGANISATION.....	6
1.4.1 Les comités et les commissions.....	6
1.4.2 Les effectifs de l'Agence.....	7
1.5 EN SUPPORT AU RÉSEAU MONTERÉGIE.....	9
1.5.1 Le Laboratoire d'expérimentation en gestion et en gouvernance (LEGG).....	9
1.5.2 Le Groupe Biomédical Montérégie (GBM) .....	9
1.6 ACCÈS À L'INFORMATION .....	11

### 2 L'ÉTAT DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE DE LA POPULATION

2.1 EN BREF.....	12
2.1.1 L'espérance de vie progresse .....	12
2.1.2 La santé des nouveau-nés s'améliore .....	12
2.2 SANTÉ PHYSIQUE.....	13
2.2.1 Les tumeurs, au premier rang des causes de décès .....	13
2.2.2 Les maladies de l'appareil circulatoire : un problème préoccupant en Montérégie .....	13
2.2.3 Les maladies de l'appareil respiratoire : responsables de plus d'une hospitalisation sur dix .....	13
2.2.4 Le diabète n'est pas en reste.....	14
2.2.5 Quelques facteurs de risque .....	14
2.2.6 Les maladies transmissibles : encore des batailles à livrer.....	14
2.3 SANTÉ MENTALE OU PSYCHOSOCIALE .....	15

### 3 LE RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

3.1 PRIX ET DISTINCTIONS.....	16
3.2 ÉTABLISSEMENTS .....	19
3.3 EFFECTIFS DU RÉSEAU.....	22
3.4 CLINIQUES MÉDICALES .....	23
3.5 ORGANISMES COMMUNAUTAIRES .....	24
3.6 RÉSIDENCES POUR ÂÎNÉS (RPA) .....	24

## 4 LES FAITS SAILLANTS ET LES GRANDS DOSSIERS REGIONAUX

4.1	MODIFICATIONS APPORTÉES PENDANT L'EXERCICE .....	25
4.2	GRANDS DOSSIERS RÉGIONAUX.....	26
4.2.1	Réflexion stratégique régionale .....	26
4.2.2	Rapatriement de certaines clientèles en Montérégie (514-450) .....	26
4.2.3	Impact de l'accroissement et du vieillissement de la population .....	27
4.2.4	Suppléance rénale.....	28
4.2.5	Montérégie-Ouest (Grand-Suroît).....	29

## 5 RESULTATS 2011-2012 : PLANIFICATION STRATEGIQUE ET ENTENTE DE GESTION

ENJEU 1 - LA PREVENTION ET LA REDUCTION DES INEGALITES .....	31
ENJEU 2 - LES SERVICES DE PREMIERE LIGNE .....	35
5.2.1 Services généraux de 1 <sup>re</sup> ligne .....	35
5.2.2 Clientèles ayant des besoins particuliers .....	38
5.2.3 Perte d'autonomie et vieillissement .....	45
5.2.4 Hébergement pour les personnes en perte d'autonomie .....	47
ENJEU 3 LA RÉDUCTION DES DÉLAIS POUR L'ACCÈS AUX SERVICES .....	52
5.3.1 Les services aux personnes présentant une déficience .....	52
5.3.2 Les services de médecine et de chirurgie.....	58
5.3.3 Santé mentale .....	65
ENJEU 4 LA QUALITÉ ET L'INNOVATION .....	69
5.4.1 Innovation en perte d'autonomie et vieillissement .....	69
5.4.2 Qualité des soins et services .....	69
ENJEU 5 L'ATTRACTION, LA RÉTENTION ET LA CONTRIBUTION OPTIMALE DU PERSONNEL .....	73
ENJEU 6 UNE GESTION PERFORMANTE ET IMPUTABLE.....	78
5.7 LES PROJETS D'OPTIMISATION .....	82

## 6 LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

6.1	ORGANISMES COMMUNAUTAIRES SUBVENTIONNÉS PAR L'AGENCE.....	85
6.1.1	Allocation annuelle.....	85
6.1.2	Indexation .....	86

## 7 L'UTILISATION DES RESSOURCES

7.1	RESSOURCES FINANCIÈRES .....	87
7.1.1	Budget régional .....	87
7.1.2	Objectif de retour à l'équilibre budgétaire .....	87
7.1.3	Bilan de l'application de la Loi 100.....	87
7.1.4	Autorisations d'emprunts temporaires accordées aux établissements publics .....	88
7.1.5	Développement 2011-2012 (base annuelle).....	88
7.2	RESSOURCES HUMAINES.....	89
7.2.1	Planification de la main-d'œuvre et stratégies d'attraction.....	89
7.2.2	Développement des compétences (réseau).....	90
7.2.3	Développement des compétences des cadres.....	92
7.2.4	Organisation du travail .....	93
7.3	IMMOBILISATIONS ET ÉQUIPEMENTS DE TECHNOLOGIE MÉDICALE .....	96
7.3.1	Enveloppes régionalisées .....	96
7.3.2	Projets de construction et d'acquisition d'équipements de plus de 300 000 \$ .....	96
7.4	RESSOURCES INFORMATIONNELLES RÉSEAU.....	98
7.4.1	Information clinique .....	98
7.4.2	Maintien des actifs - ressources informationnelles .....	99

## 8 SATISFACTION ET PLAINTES

8.1	LES PLAINTES TRAITÉES PAR LES ÉTABLISSEMENTS .....	100
8.2	LES PLAINTES TRAITÉES PAR L'AGENCE .....	101

## 9 LES ETATS FINANCIERS DE L'AGENCE

9.1 RAPPORT DU VÉRIFICATEUR EXTERNE SUR LES ÉTATS FINANCIERS	
CONDENSÉS.....	102
9.2 ÉTATS FINANCIERS DE L'AGENCE.....	104
ANNEXE I CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'AGENCE, CONSEILS ET COMITÉS .....	109
ANNEXE II BUDGET NET DE FONCTIONNEMENT DES ÉTABLISSEMENTS, SURPLUS	
OU DÉFICIT.....	118
ANNEXE III SUBVENTIONS DÉTAILLÉES AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES.....	121
ANNEXE IV CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE.....	142
ANNEXE V NOTES AUX ÉTATS FINANCIERS – AUDITÉE .....	147

## LISTE DES TABLEAUX, GRAPHIQUES ET FIGURES

Tableau 1	Répartition de la population par groupe d'âge .....	5	Tableau 18	Objectif de retour à l'équilibre budgétaire – Établissements publics .....	87
Tableau 2	Nombre projeté de personnes âgées de 65 ans et plus et taux d'accroissement (%) selon le RLS, Montérégie, 2012 et 2031 .....	5	Tableau 19	Enveloppes budgétaires 2011-2012 .....	96
Tableau 3	Effectifs de l'Agence au 31 mars 2012 .....	7	Tableau 20	Projets majeurs d'investissement .....	97
Tableau 4	Établissements de la Montérégie .....	20	Tableau 21	Projets de construction régionalisés de plus de 1 000 000 \$ .....	97
Tableau 5	Répartition des médecins spécialistes par spécialité en Montérégie – 31 mars 2012 .....	22	Tableau 22	Projets d'équipements de plus de 300 000 \$ .....	98
Tableau 6	Effectifs des établissements de la Montérégie – 31 mars 2011 .....	23	Tableau 23	Dossiers traités et conclus par les CLPQS et ME (par mission d'établissement) .....	100
Tableau 7	Personnes inscrites auprès d'une clinique médicale en Montérégie (données 2011-2012, 31 mars 2012) .....	23	Tableau 24	Plaintes et interventions traitées et conclues par le CRPQS .....	101
Tableau 8	Volume d'activités à rapatrier .....	27	Tableau 25	Fonds d'exploitation – État des résultats résumé Exercice terminé le 31 mars 2012 .....	104
Tableau 9	Accroissement de la population en Montérégie d'ici 2021 .....	27	Tableau 26	Fonds d'exploitation – Bilan résumé Exercice terminé le 31 mars 2012 .....	104
Tableau 10	Vieillesse de la population en Montérégie d'ici 2021 .....	27	Tableau 27	Fonds des immobilisations – État des résultats résumé Exercice terminé le 31 mars 2012 .....	105
Tableau 11	Estimation des besoins pour 2021 .....	28	Tableau 28	Fonds des immobilisations – Bilan résumé Exercice terminé le 31 mars 2012 .....	105
Tableau 12	Situation des Montérégiens dialysés .....	28	Tableau 29	Fonds des activités régionalisées – État des résultats résumés Exercice terminé le 31 mars 2012 .....	106
Tableau 13	Estimation des besoins en suppléance rénale en Montérégie .....	28	Tableau 30	Fonds des activités régionalisées – Bilan résumé Exercice terminé le 31 mars 2012 .....	106
Tableau 14	Production chirurgicale .....	59	Tableau 31	Bilan et état cumulés résumés de la provenance et de l'utilisation des fonds affectés Exercice terminé le 31 mars 2012 .....	107
Tableau 15	Allocations accordées aux organismes communautaires ..	85	Tableau 32	État résumé d'allocation de l'enveloppe régionale des crédits Exercice terminé le 31 mars 2012 .....	108
Tableau 16	Indexation et crédits accordés aux organismes communautaires .....	86			
Tableau 17	Budget régional .....	87			



Tableau 33 Budget net de fonctionnement - Établissements publics .....	118
Tableau 34 Budget agréé – Établissements privés conventionnés....	119
Tableau 35 Total régional du budget net de fonctionnement et budget agréé .....	119
Tableau 36 Surplus ou déficit.....	120
Tableau 37 Total des subventions accordées aux organismes communautaires .....	121
Tableau 38 Subventions accordées aux organismes de maintien à domicile.....	121
Tableau 39 Subventions accordées aux organismes de promotion et de services à la communauté.....	124

## GRAPHIQUES

Graphique 1 Proportion de la population de 18 ans et plus <sup>1</sup> , vivant en ménage privé, présentant un surplus de poids, RLS et Montréal, 2009 .....	14
Graphique 2 Nombre de places en services de suivi intensif dans le milieu pour des adultes de 18 ans et plus ayant des troubles mentaux graves .....	66
Graphique 3 Nombre d'usagers dont le délai d'accès aux services de 2 <sup>e</sup> ou de 3 <sup>e</sup> ligne en santé mentale est supérieur à 60 jours .....	66

## FIGURES

Figure 1 Organigramme de l'Agence, 31 mars 2012 .....	8
Figure 2 Territoire des CSSS en Montréal .....	21

## ABREVIATIONS ET SIGLES

ACIQ	Association des centres jeunesse du Québec
AÉRD PQ	Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec
Agence	Agence de la santé et de services sociaux de la Montérégie
AMP	Activités médicales particulières
AMPRO	Approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux
APIEQ	Association des physiciens et ingénieurs biomédicaux du Québec
AQESSS	Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux
ARATED	Association régionale autisme et troubles envahissants du développement (TED)
BAPE	Bureau d'audiences publiques sur l'environnement
CAFE	(Programme) Crise-Ado-Famille-Enfance
CCNU	Comité de coordination national des urgences
CCSM	Comité de coordination stratégique de la Montérégie
CCVT	Chirurgie cardiaque
CETED	Clinique d'évaluation TED
CHSGS	Centre hospitalier de services généraux et spécialisés
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHU	Centre hospitalier universitaire
CHUM	Centre hospitalier de l'Université de Montréal
CICM	Centre intégré de cancérologie de la Montérégie
CIR	Commission infirmière régionale
CJ	Centre jeunesse
CJM	Centre jeunesse de la Montérégie
CLSC	Centre local de services communautaires

CMR	Centre montréalais de réadaptation
CMWR	Commission multidisciplinaire régionale
CNE:SM	Centre national d'excellence en santé mentale
CoMPAS	Collectif pour les meilleures pratiques et l'amélioration des soins de santé
CPE	Centre de la petite enfance
CR	Centre de réadaptation
CRD/ITEDME	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en trouble envahissant du développement de la Montérégie-Est
CRSP	Comité régional sur les services pharmaceutiques
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CUSIM	Centre universitaire de santé McGill
DAMUPP	Direction des affaires médicales, universitaires et des partenariats professionnels
DCI	Dossier clinique informatique
DGA/CPR	Direction générale associée à la coordination des programmes et du réseau
DI	Déficience intellectuelle
DMS	Durée moyenne de séjour
DP	Déficience physique
DPJ	Direction de la protection de la jeunesse
DRMG	Département régional de médecine générale
DSP	Direction de santé publique
DSQ	Dossier de santé du Québec
ÉIJ	Équipe d'intervention jeunesse
EIO	Évaluation-intervention-orientation
EMS	Équipements médicaux spécialisés
ETC	Équivalent temps complet

FORTERESSS	Fidélisation, Organisation du Travail et Reconnaissance des Employés de la Santé et des Services Sociaux
GAIN	Global Appraisal Individual Need
GBM	Groupe Biomédical Montérégie
GMAO	Gestion de maintenance assistée par ordinateur
GMF	Groupes de médecine de famille
GRIS	Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (de l'Université de Montréal)
GRT	Groupe de ressources techniques
ICI	(Programme) d'intervention comportementale intensive
IIA	Infirmières et infirmiers auxiliaires
INLB	Institut Nazareth et Louis-Braille
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IPIM	Identification préhospitalière de l'infarctus du myocarde
IPS	Infirmière praticienne spécialisée en soins de 1 <sup>re</sup> ligne
ISQ	Institut de la statistique du Québec
ITSS	Infections transmissibles sexuellement et par le sang
LBEC	Ligue pour le bien-être de l'enfance du Canada
LEGG	Laboratoire d'expérimentation en gestion et en gouvernance de la santé et des services sociaux
Loi 90	Loi modifiant le code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé
Loi 100	Loi mettant en œuvre certaines dispositions du discours sur le budget du 30 mars 2010 et visant le retour à l'équilibre budgétaire en 2013-2014 et la réduction de la dette
LPJ	Loi sur la protection de la jeunesse
LSJPA	Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MAPAQ	Ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec
MCV	Maladie cardiovasculaire
MELS	Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport

MOI	Main-d'œuvre Indépendante
MPOC	Maladie pulmonaire obstructive chronique
MRC	Municipalité régionale de comté
MRNF	Ministère des Ressources naturelles et de la Faune
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OEMC	Outil d'évaluation multiclientèle
OIIAQ	Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec
ORIIM	Ordre régional des infirmières et infirmiers de la Montérégie
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
P-13	Période financière no 13
PACS	Picture Archiving Communication System
PAL	Plan d'action local de santé publique
PALV	Perte d'autonomie liée au vieillissement
PAR	Plan d'action régional de santé publique
PI	Plan d'intervention
PNSP	Programme national de santé publique
PPP	Partenariat public-privé
PQDCS	Programme québécois de dépistage du cancer du sein
PREM	Plan régional des effectifs médicaux
PROS	Plan régional d'organisation des services
PSI	Plan de services individualisé
PSOC	Programme de soutien aux organismes communautaires
PTG	Prothèse totale du genou
PTH	Prothèse totale de la hanche
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RCA	Réseau clinico-administratif
RCM	Réseau Cancer Montérégie
RCSSS	Réseau communautaire de santé et de services sociaux
RI	Ressource intermédiaire
RLS	Réseau local de services

RNI	Ressource non institutionnelle
ROMAN	Regroupement des organismes montréalais d'aïdants naturels
RPA	Résidence pour personnes âgées
RSIPA	Réseau de services intégrés pour personnes âgées
RTF	Ressource de type familial
RUIS	Réseaux universitaires intégrés de santé
SAD	Soutien à domicile
SARDM	Système automatisé, robotisé de distribution des médicaments de la Montérégie
SARM	Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline
SIDEP	Services intégrés de dépistage et de prévention
SIGPACS	Système d'information sur les plaintes et sur l'amélioration de la qualité des services
SIATH	Système d'information intégré sur les activités transfusionnelles et d'hémovigilance
SIP	Système informatique de pharmacie
SIPPE	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance
SISS	Système d'information sur la sécurité des soins
SM	Santé mentale
SPU	Services préhospitaliers d'urgence
SRSOR	Les Services de Réadaptation du Sud-Ouest et du Renfort
TDAH	Trouble du déficit de l'attention et de l'hyperactivité
TED	Trouble envahissant du développement
TRCDMS	Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée
UDC	Unité de décision clinique
UMF	Unité de médecine familiale
URFI	Unité de réadaptation fonctionnelle intensive
UTRF	Unité transitoire de récupération fonctionnelle
VHC	Virus d'hépatite C
VIH	Virus d'immunodéficience humaine

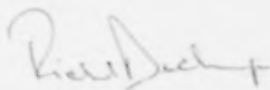
## DECLARATION DE FIABILITE DES DONNEES CONTENUES DANS LE RAPPORT DE GESTION DE L'AGENCE ET DES CONTROLES AFFERENTS

Les résultats et l'information contenus dans le présent rapport annuel de gestion relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur l'exactitude, l'intégralité et la fiabilité des données, de l'information et des explications qui y sont présentées.

Tout au cours de l'exercice financier, des systèmes d'information et des mesures de contrôle fiables ont été maintenus afin de supporter la présente déclaration. De plus, je me suis assuré que des travaux ont été réalisés afin de fournir une assurance raisonnable de la fiabilité des résultats, et spécifiquement au regard de l'entente de gestion.

À ma connaissance, l'information présentée dans le *Rapport annuel de gestion 2011-2012 de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie*, ainsi que les contrôles y afférents sont fiables, et cette information correspond à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2012.

Le président-directeur général,



Richard Deschamps

## LE RAPPORT DE VALIDATION DE LA DIRECTION DE LA VERIFICATION INTERNE

Les états financiers de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie ont été dressés par la direction qui est responsable de leur préparation et de leur présentation fidèle, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées et qui respectent les normes comptables canadiennes pour le secteur public et les particularités prévues au *Manuel de gestion financière* édicté en vertu de l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Les renseignements financiers contenus dans le reste du rapport annuel de gestion concordent avec l'information donnée dans les états financiers.

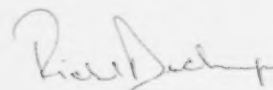
Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôles internes qu'elle considère comme nécessaire en vue de fournir l'assurance raisonnable que les biens sont protégés et que les opérations sont comptabilisées correctement et en temps voulu, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent la préparation d'états financiers exempts d'anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs.

L'Agence reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

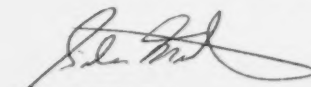
Le conseil d'administration doit surveiller la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière et il a approuvé les états financiers.

Il est assisté dans ses responsabilités par le comité de vérification. Ce comité rencontre la direction et l'auditeur, examine les états financiers et en recommande l'approbation au conseil d'administration.

La firme Raymond Chabot Grant Thornton a procédé à l'audit des états financiers de l'Agence, conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada, et son rapport de l'auditeur expose l'étendue et la nature de cet audit et l'expression de son opinion. La firme Raymond Chabot Grant Thornton peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne son audit.



Richard Deschamps  
Président-directeur général



Gilles Michaud  
Directeur des ressources humaines, des affaires administratives  
et de la qualité



# 1 L'AGENCE DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTEREGIE

## 1.1 MISSION

L'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie (Agence) a pour mission d'assurer la gouvernance du système de santé et de services sociaux de la région afin d'en améliorer la performance jusqu'à l'excellence et ainsi contribuer à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population dont elle est responsable.

L'Agence vise à devenir le chef de file de la transformation et de l'amélioration du système régional de santé et de services sociaux en misant sur :

- une perspective populationnelle de santé publique;
- une approche de programme intégré;
- une organisation en mode réseau.

Elle compte y arriver en mettant en valeur l'expertise de son personnel, tout en y associant activement des partenaires sectoriels et intersectoriels au bénéfice de la population montréalaise.

L'Agence souscrit aux valeurs de l'administration publique, soit la compétence, l'impartialité, l'intégrité, la loyauté et le respect. Sa charte des valeurs est centrée sur les besoins de la personne et de la population.

## 1.2 OBJET

Conformément à l'article 340 de la Loi, l'Agence a pour objet :

- 1° d'assurer la participation de la population à la gestion du réseau public de services de santé et de services sociaux et d'assurer le respect des droits des usagers;
  - 1.1° de s'assurer d'une prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux aux usagers;
- 2° de faciliter le développement et la gestion des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de sa région;
- 3° d'élaborer le plan stratégique pluriannuel visé à l'article 346.1 et d'en assurer le suivi;
- 4° d'allouer les budgets destinés aux établissements, d'accorder les subventions aux organismes communautaires et d'attribuer les allocations financières aux ressources privées visées à l'article 454;
- 5° d'assurer la coordination des activités médicales particulières des médecins soumis à une entente visée à l'article 360 ou à l'article 361.1 ainsi que des activités des établissements, des organismes communautaires, des ressources intermédiaires et des résidences privées d'hébergement et organismes communautaires visés à

l'article 454 et de favoriser leur collaboration avec les autres agents de développement de leur milieu;

5.1° d'assurer la coordination des services de sa région avec ceux offerts dans les régions avoisinantes et d'exercer, sur demande du ministre, la coordination interrégionale;

6° de mettre en place les mesures visant la protection de la santé publique et la protection sociale des individus, des familles et des groupes;

7° d'assurer une gestion économique et efficiente des ressources humaines, matérielles et financières mises à sa disposition;

7.1° d'exercer les responsabilités qui lui sont confiées par la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence (chapitre S-6.2);

7.2° d'évaluer les résultats de la mise en oeuvre de son plan stratégique et d'assurer la reddition de comptes de sa gestion en fonction des cibles nationales et régionales et en vertu des standards d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité et d'efficience reconnus;

7.3° de soutenir les établissements dans l'organisation des services et d'intervenir auprès de ceux-ci pour favoriser la conclusion d'ententes de services visant à répondre aux besoins de la population ou, à défaut d'entente et conformément à l'article 105.1, de préciser la contribution attendue de chacun des établissements;

7.4° de permettre, afin de faciliter la conclusion d'ententes visées au paragraphe 7.3°, l'utilisation de nombreux modèles d'ententes types;

7.5° de s'assurer que les mécanismes de référence et de coordination des services entre les établissements sont établis et fonctionnels;

7.6° de développer des outils d'information et de gestion pour les établissements de sa région et de les adapter aux particularités de ceux-ci;

7.7° de prévoir des modalités et de développer des mécanismes pour informer la population, la mettre à contribution à l'égard de l'organisation des services et pour connaître sa satisfaction en regard des résultats obtenus; elle doit rendre compte de l'application du présent paragraphe dans une section particulière de son rapport annuel de gestion;

7.8° de développer des mécanismes de protection des usagers et de promotion et de défense de leurs droits;

8° d'exécuter tout mandat que le ministre lui confie.

### 1.3 DONNEES DEMOGRAPHIQUES ET TERRITORIALES

Selon les projections de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ), la population de la Montérégie devrait s'accroître de 14 % entre 2012 et 2031. Avec une population de 1 473 966 habitants en 2012, soit 18 % de la population québécoise, la Montérégie



est la deuxième région sociosanitaire la plus peuplée du Québec, après Montréal.

La Montérégie représente un territoire de plus de 10 000 km<sup>2</sup> caractérisé par le côtoiement de zones urbaines, semi-rurales et rurales. La région desservie par l'Agence s'étend d'Akwesasne à Granby, d'ouest en est, de Sorel à la frontière américaine, du nord au sud, et de Longueuil à Sutton vers le sud-est. Elle comprend également L'Île-Perrot ainsi que le secteur qui va de Vaudreuil à la limite de l'Ontario.

Elle compte aujourd'hui 177 municipalités, 14 municipalités régionales de comté (MRC), un territoire équivalent de MRC pour l'agglomération de Longueuil, et deux réserves autochtones : Akwesasne et Kahnawake.

Finalement, avec ses douze commissions scolaires, dont trois anglophones, la Montérégie est la région du Québec qui en compte le plus. Les milieux collégial et universitaire sont également fortement représentés dans la région avec sept collèges et CÉGEP, dont un anglophone, et trois universités.

### 1.3.1 Une population vieillissante

Le vieillissement de la population est un des défis majeurs auquel la région fait face. Entre 2012 et 2031, le poids démographique des personnes âgées de 65 ans et plus passera de 15 à 25 %. Ainsi, la population de la Montérégie sera à peine plus jeune que celle du Québec, laquelle comptera 26 % d'ainés en 2031. Toutefois, le rythme du vieillissement sera légèrement plus rapide en Montérégie qu'au Québec : la proportion d'ainés s'accroîtra de 61 % en Montérégie, comparativement à 58 % au Québec.

**Tableau 1**  
**Répartition de la population par groupe d'âge**

Jeunes moins de 18 ans	20 %
Adultes 18 à 64 ans	65 %
Personnes âgées 65 ans et plus	15 %

**Tableau 2**  
**Nombre projeté de personnes âgées de 65 ans et plus et taux d'accroissement (%) selon le RLS, Montérégie, 2012 et 2031**

Territoire (RLS)	2012	2031	Taux d'accroissement 2012-2031
du Haut-Saint-Laurent	4 409	7 489	70 %
du Suroît	11 336	19 607	73 %
Jardins-Roussillon	26 880	51 610	92 %
Champlain	33 762	56 571	68 %
Pierre-Boucher	38 106	66 883	76 %
Haut-Richelieu-Rouville	25 944	50 625	95 %
Richelieu-Yamaska	33 693	60 934	81 %
Pierre-De Saurel	10 919	18 159	66 %
La Pommeraie	10 106	17 490	73 %
de la Haute-Yamaska	15 854	32 439	105 %
de Vaudreuil-Soulanges	16 661	37 080	123 %
<b>TOTAL – Montérégie</b>	<b>227 670</b>	<b>418 887</b>	<b>84 %</b>

Le vieillissement de la population s'accompagne d'une augmentation du nombre de personnes âgées de 65 ans et plus. En Montérégie, le nombre d'ainés s'accroîtra de 84 % entre 2012 et 2031, passant de 227 670 à 418 887 personnes.

### 1.3.2 Des disparités socioéconomiques

En 2006, 22 % des adultes de 25 ans et plus ne détenaient aucun certificat, diplôme ou grade. En 2005, plus de 167 000 personnes vivaient sous le seuil de faible revenu, soit 11 % des hommes et 14 % des femmes. En 2006, près de 13 % de la population de 15 ans et plus en ménage privé vivait seule, proportion qui grimpe à 28 % chez les personnes âgées de 65 ans et plus. Environ 52 000 adultes, soit près de 6 % de la population de 18-64 ans, étaient prestataires d'un des programmes d'assistance sociale (aide sociale, solidarité sociale et alternative jeunesse) en 2009. Ces chiffres cachent des disparités géographiques importantes : selon les RLS, ces proportions varient de 17 à 34 % pour la faible scolarité, de 9 à 16 % pour le faible revenu et de 2 à 11 % pour l'assistance sociale.

Depuis le début des années 2000, le décrochage scolaire au secondaire affecte un peu plus d'un élève montréalais sur quatre. En 2006-2007, 29 % des élèves inscrits en formation générale dans les écoles secondaires de la Montérégie en sortaient sans avoir obtenu de diplôme ni qualification. Cette situation concerne plus du tiers des étudiants dans certaines commissions scolaires. Indépendamment de la période considérée, les proportions de décrocheurs surpassent de trois points de pourcentage celles du Québec. Heureusement, une part des décrocheurs réintègrent le réseau scolaire.

La Montérégie compte également un nombre important d'immigrants et d'anglophones. En 2006, les immigrants représentaient 7,5 % de la population, soit environ 100 000 personnes, ce qui fait de la Montérégie la 3<sup>e</sup> région d'accueil après Montréal et Laval. Par ailleurs, selon l'information portant sur la première langue officielle parlée, la population d'expression anglaise représentait environ 11 % de la population de la Montérégie en 2006.

## 1.4 STRUCTURE DE L'ORGANISATION

Afin d'assurer efficacement son mandat, l'Agence s'est dotée de huit directions internes, dont la direction temporaire de l'organisation des services et la nouvelle direction des ressources informationnelles régionales mise sur pied afin de faire face aux défis que représente l'informatisation des dossiers médicaux ainsi que le regroupement des infrastructures informationnelles. L'organisation de l'Agence comprend également un Comité de vigilance et de la qualité.

### 1.4.1 Les comités et les commissions

La structure organisationnelle de l'Agence s'appuie notamment sur un conseil d'administration et sur sept comités régionaux : la Commission multidisciplinaire régionale, la Commission infirmière régionale, le Comité régional du programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise, le Comité régional sur l'accessibilité aux services de santé et aux services sociaux pour les communautés ethnoculturelles, le Comité régional sur les services pharmaceutiques, la Table régionale de chefs de département de médecine spécialisée et le Département régional de médecine générale. Ces comités représentent des professionnels de la santé et des services sociaux ou des groupes spécifiques de la population. Le Forum de la population a été aboli au printemps 2011 et le président-directeur général de l'Agence a été mandaté pour mettre en place des modalités de consultation adaptées à chaque situation lorsque des consultations seraient requises. Enfin, une instance regroupe les directeurs généraux de tous les établissements de la Montérégie : le Comité de coordination stratégique de la Montérégie. Voir l'organigramme en page 8.

### 1.4.2 Les effectifs de l'Agence

Au 31 mars 2012, l'Agence comptait 385 employés équivalent temps complet (ETC), dont 37 cadres et 281 employés réguliers.

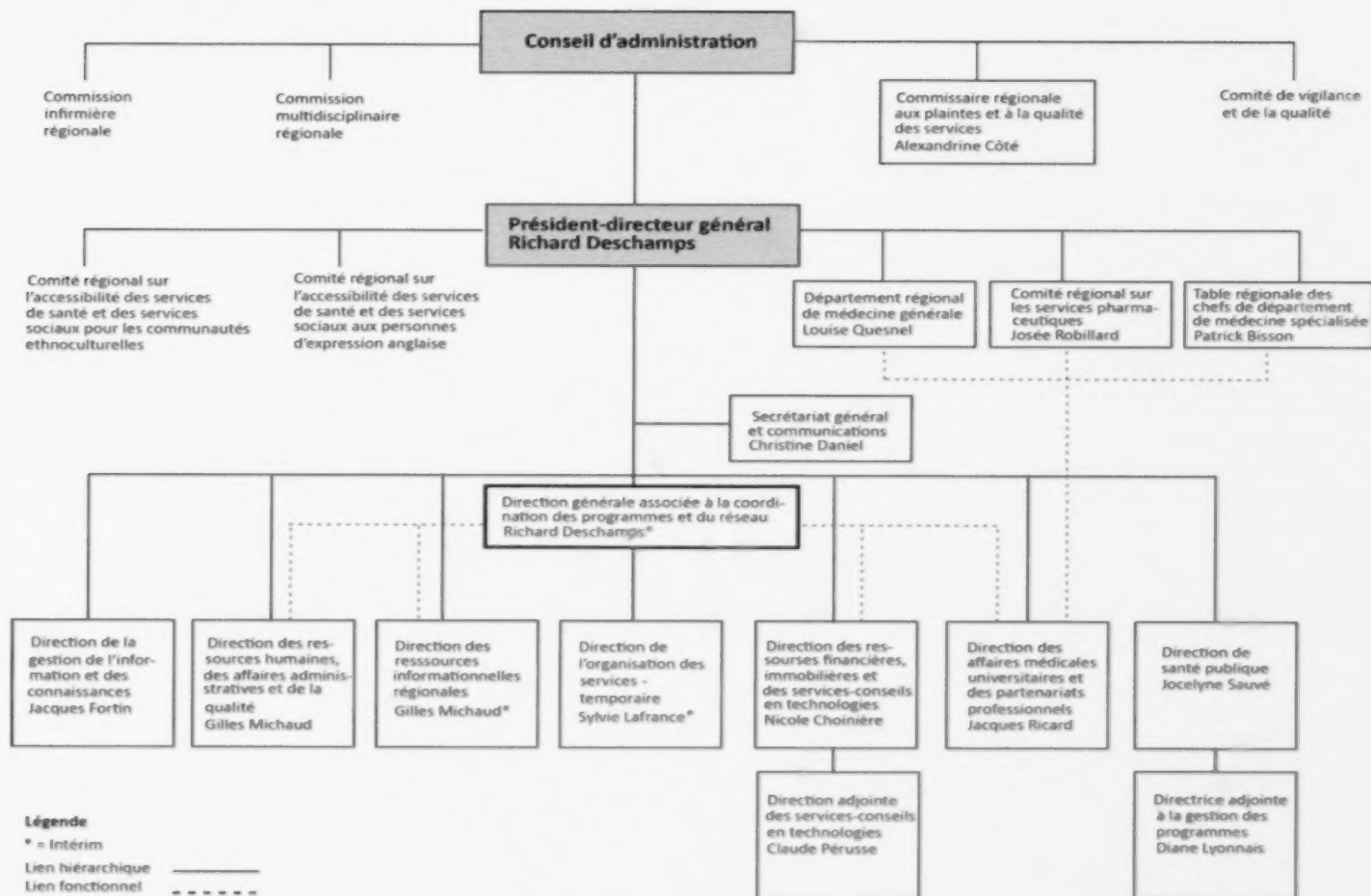
**Tableau 3**  
**Effectifs de l'Agence au 31 mars 2012**

	2011-2012	2010-2011
<b>Cadres</b>		
Temps complet <sup>1</sup>	37	37
Temps partiel <sup>1</sup> – nombre de personnes ETC	1,29	1,82
Nombre de cadres en stabilité d'emploi	0	0
<b>Employés réguliers</b>		
Temps complet ETC <sup>2</sup>	281	285
Temps partiel <sup>2</sup> – nombre de personnes ETC	6,61	6,43
Nombre d'employés en sécurité d'emploi	0	0
<b>Occasionnels</b>		
Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	111 272	106 379
Équivalent temps complet	59,44	59,04
<b>TOTAL – nombre de personnes ETC</b>	<b>385,34</b>	<b>389,29</b>

1 Excluant les personnes en stabilité d'emploi

2 Excluant les personnes en sécurité d'emploi

**Figure 1**  
**Organigramme de l'Agence, 31 mars 2012**





## 1.5 EN SUPPORT AU RESEAU MONTEREGIEN

### 1.5.1 Le Laboratoire d'expérimentation en gestion et en gouvernance (LEGG)

L'Agence a créé en 2008 le Laboratoire d'expérimentation en gestion et en gouvernance de la santé et des services sociaux (LEGG) afin de valoriser et de soutenir l'innovation dans la région. Les objectifs du LEGG sont :

- d'habilitier les gestionnaires et les praticiens œuvrant au sein des organisations locales, à adapter les données probantes et les pratiques éprouvées ailleurs, à la réalité propre de leur contexte local;
- de faire progresser les connaissances scientifiques par l'expérimentation des pratiques de pointe nouvelles ou appliquées dans un contexte nouveau, repoussant la frontière des connaissances actuelles;
- de catalyser l'émergence, la diffusion et l'adoption de pratiques novatrices en matière de gouvernance et de gestion des services de santé et des services sociaux dans notre région.

#### *Critères de sélection des projets*

Six critères de sélection des projets ont été retenus par le comité directeur :

- |                     |      |
|---------------------|------|
| ▪ Pertinence :      | 20 % |
| ▪ Innovation :      | 20 % |
| ▪ Transférabilité : | 15 % |
| ▪ Rigueur :         | 15 % |
| ▪ Faisabilité :     | 15 % |
| ▪ Mobilisation :    | 15 % |

Dix projets ont été reçus. Le comité directeur a retenu cinq

projets. Les établissements dont les projets ont été retenus ont bénéficié d'une bourse de cinquante mille dollars (50 000 \$) par projet.

#### *Projets retenus*

Groupe d'enseignement d'habiletés de gestion des émotions chez les enfants TED et leurs parents	CRDITED de la Montérégie-Est
Soins médicaux aigus aux aînés à domicile : Une alternative à l'hospitalisation	CSSS La Pommeraie
L'amélioration de la performance au quotidien, gérer autrement pour mobiliser notre ingéniosité	CSSS Haut-Richelieu-Rouville
Modèle d'intervention pour l'intégration socioprofessionnelle des personnes avec déficience visuelle	INLB
Ensemble pour contrer la négligence	CSSS Pierre-Boucher et Centre Jeunesse

### 1.5.2 Le Groupe Biomédical Montérégie (GBM)

Le Groupe Biomédical Montérégie (GBM) est une équipe multidisciplinaire d'experts-conseils œuvrant en technologies de la santé composée de 29 personnes, dont 23 conseillers professionnels. Cette activité est un service autofinancé au sein de l'Agence. Le GBM guide les intervenants du réseau de la santé du Québec dans leurs projets pour tous les aspects relatifs à la gestion et à l'utilisation sécuritaire des technologies biomédicales, informationnelles et immobilières. Ce groupe unique en son genre au Québec est divisé en cinq secteurs d'activités : acquisition des équipements médicaux, ingénierie et physique

biomédicales, immobilisations et planification d'équipements, technologies de l'information et conseil en gestion. Le GBM œuvre aussi sur la scène internationale.

Cette année, le chiffre d'affaires du GBM atteint 3 247 441 \$ pour 30 512 heures facturées à plus de 102 clients répartis dans les 18 régions administratives du Québec. À ce total s'ajoutent les efforts consentis à maintenir les programmes spécialisés du GBM que sont les alertes médicales, les sessions de formation spécialisée, la planification de l'entretien préventif et la sécurité électrique continue des équipements médicaux. De nouveaux programmes sont également en préparation à travers le développement des nouvelles plates-formes informatiques du GBM, notamment l'implantation des systèmes de GMAO et le soutien subséquent nécessaire pour en optimiser les effets au sein des équipes qui les utilisent à travers un groupe de benchmarking.

Ainsi, en 2011-2012, le GBM a :

- réalisé des achats regroupés nationaux en haute technologie pour des systèmes d'imagerie médicale et diverses autres technologies électromédicales;
- agi à titre d'expert-conseil dans la planification, l'acquisition et l'optimisation du parc des équipements médicaux spécialisés (EMS);
- maintenu ses collaborations universitaires avec l'École Polytechnique de Montréal, l'École de technologie supérieure ainsi qu'avec l'Université de Technologie Compiègne en France, notamment en accueillant régulièrement des stagiaires en génie clinique et en qualité;
- fourni des services de radioprotection et d'évaluation de blindage à l'ensemble des établissements desservis incluant des calculs pour le design des bunkers de radiothérapie pour les nouveaux CHU de la région de Montréal;
- réalisé plusieurs enquêtes relatives à des incidents et accidents impliquant des équipements médicaux spécialisés et agi à titre de témoin-expert dans le cadre de litiges en responsabilité hospitalière impliquant le fonctionnement d'équipements médicaux;
- récemment, réalisé un mandat en Haïti pour aider le pays à se remettre des suites du tremblement de terre;
- développé, réalisé et implanté des méthodes inédites de planification de l'entretien préventif des équipements médicaux spécialisés des établissements en lien avec le *Guide des bonnes pratiques biomédicales en établissement de santé* (APIBQ, 2005) et le programme *Qmentum* d'Agrément Canada;
- poursuivi les mandats autour du Système automatisé, robotisé de distribution des médicaments de la Montérégie (SARDM);
- réalisé les révisions générales des processus et implanté des programmes d'amélioration continue de la qualité en génie biomédical dans des établissements de tout le Québec, en conformité avec le programme *Qmentum* d'Agrément Canada;
- continué de soutenir les communautés Cris qui procèdent actuellement à la réforme de leurs institutions de santé en lien avec Santé Canada;
- collaboré activement au sein de l'équipe de consultants en technologie affectés à la conception, la planification et la réalisation du site Glen du Centre universitaire de santé McGill;
- conçu, planifié, organisé et implanté un Bureau de projet de technologies de l'information (TI) au sein de l'Agence en lien avec les besoins de réalisation des projets informationnels régionaux.

## 1.6 ACCES A L'INFORMATION

Au cours de l'année 2011-2012, l'Agence a reçu et traité 26 demandes d'accès formulées en vertu de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels.

### **Nombre de demandes d'accès à l'information par année financière**

<b>Années</b>	<b>Nombre de demandes</b>
2009-2010	27
2010-2011	25
2011-2012	26

Parmi les demandes de 2011-2012, une a été retirée, 21 ont eu pour résultat un accès total ou partiel et 4 d'entre elles concernaient des documents non détenus par l'Agence ou relevant de la compétence d'un autre organisme. Aucune requête en révision n'a été adressée à la Commission d'accès à l'information.

## 2 L'ÉTAT DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE DE LA POPULATION

L'état de santé de la population montréalaise s'est globalement amélioré au cours des dernières décennies comme en témoigne la progression de l'espérance de vie. Toutefois, plusieurs problématiques demeurent préoccupantes.

### 2.1 EN BREF

En 2031, au Québec comme en Montérégie, une personne sur quatre sera âgée de 65 ans et plus. Les tumeurs et les maladies de l'appareil circulatoire demeurent les principales causes de décès tandis que les maladies respiratoires et les maladies chroniques, dont les allergies et le diabète, constituent des fardeaux pour les services de santé. Des problèmes de santé mentale affectent une part importante des adultes et des problèmes psychosociaux persistent tant chez les jeunes que chez les adultes de la Montérégie.

Même si le tabagisme régresse, près d'un adulte sur quatre fume en Montérégie. De plus, une importante partie de la population pratique une activité physique de loisir moins d'une fois par semaine ou présente un surplus de poids.

La consolidation d'un ensemble d'interventions, tant cliniques que préventives, élaborée dans une perspective populationnelle est indispensable pour que la santé des Montréalais continue de s'améliorer.

#### 2.1.1 L'espérance de vie progresse

En 2003-2007, l'espérance de vie à la naissance des Montréalais s'élevait à 80,3 ans. Les femmes ont toujours une espérance de vie à la naissance supérieure à celle des hommes (82,6 ans contre 77,9 ans), quoique l'écart entre les sexes tend à s'amenuiser avec le temps. Les femmes de la Montérégie ont une espérance de vie à la naissance significativement inférieure à celle des femmes du Québec (82,7 ans).

#### 2.1.2 La santé des nouveau-nés s'améliore

Entre 1983-1987 et 2003-2007, le taux de mortalité infantile a chuté de 37 % en Montérégie, passant de 6,5 à 4,1 décès pour 1 000 naissances vivantes, soit un taux significativement plus faible que celui du Québec (4,7 pour 1 000). La mortalité infantile est un indicateur qui mesure non seulement la santé infantile, mais également le niveau de mortalité, de l'état de santé et de prestation de soins de santé d'une population.

Entre 1983-1987 et 2003-2007, la proportion de nouveau-nés avec un retard de croissance intra-utérine a diminué de moitié, passant de 14,4 à 7,8 %. En 2003-2007, la proportion de nouveau-nés avec un retard de croissance intra-utérine est significativement inférieure à celle observée au Québec (8,1 %). La proportion de nouveau-nés de faible poids (5,7 % en 2003-2007) est quant à elle demeurée relativement stable alors que la proportion de naissances prématurées (7,7 % en 2003-2007) a légèrement augmenté.

## 2.2 SANTÉ PHYSIQUE

### 2.2.1 Les tumeurs, au premier rang des causes de décès

En 2004-2007, 33 % des décès en Montérégie étaient attribuables aux tumeurs. Avec une moyenne de 3 035 décès par année, les tumeurs figurent au premier rang des causes de décès.

Depuis une vingtaine d'années, le nombre de nouveaux cas de cancer est à la hausse, en raison notamment de l'accroissement démographique et du vieillissement de la population. En Montérégie, le nombre annuel moyen de nouveaux cas de cancer est passé de 4 054 à 6 329 entre les périodes 1987-1991 et 2002-2006. Le taux d'incidence est toutefois demeuré relativement stable dans le temps. Par ailleurs, en 2002-2006, les taux d'incidence du cancer colorectal (73 c. 69 pour 100 000) et du cancer de la prostate (132 c. 124 pour 100 000) sont significativement plus élevés en Montérégie qu'au Québec.

On compte en moyenne 10 004 hospitalisations par année pour cause de tumeurs, ce qui représente près de 10 % de l'ensemble des hospitalisations de 2006-2009 en soins physiques de courte durée.

### 2.2.2 Les maladies de l'appareil circulatoire : un problème préoccupant en Montérégie

Au Québec comme en Montérégie, la mortalité par maladies de l'appareil circulatoire a beaucoup diminué depuis quelques années; ces maladies sont passées au second rang des principales causes de décès. Ainsi, en 2004-2007, 28 % de la mortalité, soit en moyenne 2 543 décès par année, est due à ces maladies.

Cependant, en Montérégie, le taux de mortalité dû à ces maladies demeure supérieur à celui du Québec, et ce, depuis

plusieurs décennies. Cette situation est en partie attribuable à un excès de mortalité par cardiopathies ischémiques en Montérégie.

En 2007-2008, environ 5 % des Montérégiens de 12 ans et plus vivant en ménage privé ont déclaré souffrir d'une maladie cardiaque et 15 % d'hypertension, ce qui représente respectivement près de 56 700 et 191 400 personnes.

En 2006-2009, 16 % des hospitalisations des Montérégiens en soins physiques de courte durée – soit en moyenne 16 114 hospitalisations par année – étaient attribuables aux maladies de l'appareil circulatoire. Elles sont non seulement l'une des principales causes de décès, mais également d'hospitalisations.

### 2.2.3 Les maladies de l'appareil respiratoire : responsables de plus d'une hospitalisation sur dix

En 2006-2009, les maladies de l'appareil respiratoire étaient responsables de près de 10 % de toutes les hospitalisations en soins physiques de courte durée, soit en moyenne 9 897 hospitalisations par année. Le taux d'hospitalisations pour maladies de l'appareil respiratoire était significativement inférieur à celui du Québec. Environ 8 % de la mortalité, soit 772 décès en moyenne par année, était attribuable à ces maladies pour la période 2004-2007.

En 2007-2008, environ 9 % des Montérégiens de 12 ans et plus vivant en ménage privé ont déclaré souffrir d'asthme et 2 % être atteints de bronchite chronique, ce qui représente respectivement près de 111 100 et 30 500 personnes.

### 2.2.4 Le diabète n'est pas en reste

En 2008-2009, 87 700 personnes de 20 ans et plus étaient atteintes de diabète, soit 8,2 % de la population de ce groupe d'âge. La proportion de personnes atteintes de diabète est semblable à celle observée à l'échelle du Québec (8,3 %). Le vieillissement de la population et la diminution de la mortalité chez les personnes diabétiques contribuent à l'augmentation de la prévalence du diabète. Cette maladie entraîne de lourdes conséquences sur la santé (problème cardiaque, insuffisance rénale, cécité, amputation, etc.) et les adultes qui en souffrent en meurent souvent prématurément.

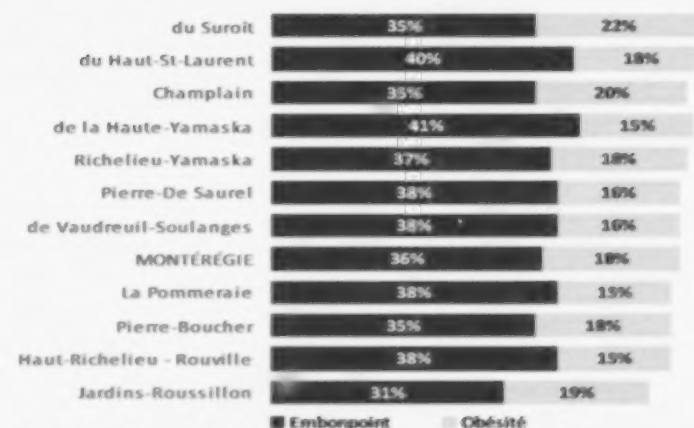
### 2.2.5 Quelques facteurs de risque

En 2009, les adultes de la Montérégie vivant en ménage privé présentent les facteurs de risque suivants :

- Environ 46 % des adultes consomment moins de cinq portions de fruits et légumes par jour;
- Plus d'un adulte sur trois (36 %) pratique une activité physique de loisir moins d'une fois par semaine;
- Environ 24 % fument de façon quotidienne ou occasionnelle;
- Plus de la moitié (54 %) des adultes de 18 ans et plus présentent un surplus de poids, soit 36 % de l'embonpoint et 18 % de l'obésité, selon des données autodéclarées qui sous-estiment le phénomène.

### Graphique 1

Proportion de la population de 18 ans et plus<sup>1</sup>, vivant en ménage privé, présentant un surplus de poids, RLS et Montérégie, 2009



Source : SOM, Enquête sur les maladies chroniques en Montérégie, 2009

1 Il s'agit de la population vivant en ménage privé

### 2.2.6 Les maladies transmissibles : encore des batailles à livrer

La Montérégie continue d'afficher des taux d'incidence de diarrhées associées au *Clostridium difficile* (DACD) inférieurs à ceux du Québec depuis le début de l'année 2010. Toutefois, on observe encore des éclosions de DACD en milieu hospitalier et, plus récemment, une hausse du nombre d'éclosions associées aux entérocoques résistants à la vancomycine, tant en Montérégie qu'au Québec. Cela illustre l'importance de poursuivre les efforts concernant les pratiques de prévention et de contrôle des infections.



En Montérégie, les taux d'incidence de la syphilis infectieuse, de la gonorrhée et de l'infection à la chlamydia trachomatis ont continué d'augmenter. De plus, la gonorrhée et la syphilis touchent un nombre croissant de jeunes, ainsi que de femmes, dont plusieurs sont en âge de procréer. Ces données démontrent la pertinence d'une action concertée pour briser le cycle de transmission.

Par ailleurs, la vaccination a permis de prévenir de nombreuses maladies, mais l'éclosion de rougeole qu'a connue le Québec et la Montérégie en 2011 illustre l'importance de maintenir une vigilance de tous les instants. Il demeure crucial de s'assurer que la vaccination demeure aisément accessible et que les groupes ciblés soient adéquatement rejoints par cette mesure de prévention qui demeure extrêmement efficace, surtout lorsque les couvertures vaccinales suffisantes sont atteintes et maintenues.

## 2.3 SANTÉ MENTALE OU PSYCHOSOCIALE

En 2007-2008, environ 4 % des Montérégiens de 12 ans et plus vivant à domicile percevaient leur état de santé mentale comme passable ou mauvais. Chez les adultes de la Montérégie, environ 4 % ont déclaré avoir reçu un diagnostic de troubles d'anxiété (phobie, trouble obsessionnel-compulsif ou trouble de panique) et 6 %, de troubles de l'humeur (dépression, trouble bipolaire, manie ou dysthymie). En 2009-2010, près de 9 % ont consulté un psychologue ou un travailleur social pour un problème de santé physique, mentale ou émotionnelle au cours de l'année précédant l'enquête. On estime aussi que 31 % des Montérégiens de 18 ans et plus éprouvent un stress quotidien élevé. Le stress ressenti au travail est plus répandu : 40 % des travailleurs de 18 à 75 ans qualifient leurs journées assez à extrêmement stressantes. En 2008, la proportion d'adultes qui se classent au niveau élevé sur l'échelle de détresse psychologique de Kessler est estimée à près de 23 %.

En 2006-2009, on dénombrait en moyenne 6 129 hospitalisations par année pour troubles mentaux en soins physiques de courte durée.

En 2004-2007, le nombre annuel moyen de décès par suicide s'élevait à 191 en Montérégie. La mortalité par suicide, quoiqu'en baisse, est trois fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes (22 c. 7 décès pour 100 000). Depuis le début des années 1990, la Montérégie présente un taux de mortalité par suicide significativement inférieur à celui du Québec.

En 2009-2010, le Centre jeunesse de la Montérégie a reçu 9 855 signalements, soit une augmentation de 65 % par rapport à 1999-2000. Le nombre de signalements retenus est quant à lui demeuré relativement stable pour atteindre 4 068 en 2009-2010. Depuis 2007-2008, les mauvais traitements, les violences sexuelles et la négligence constituent les deux principaux motifs de signalements retenus. Au nombre de 1 172, les nouvelles prises en charge représentaient 29 % des signalements retenus en 2009-2010.

En Montérégie, en 2007-2009, le taux d'auteurs présumés d'infractions criminelles s'élevait à 5 336 pour 100 000 chez les jeunes de 12-17 ans. Ce taux s'avère significativement inférieur à celui du Québec et deux fois plus élevé que celui des adultes.

En 2008, au Québec et en Montérégie, plus du cinquième des infractions contre la personne déclarées aux policiers a été commis dans un contexte conjugal. Les femmes sont les victimes dans plus de quatre cas sur cinq. En 2008, le taux de victimisation pour violence conjugale était quatre fois plus élevé chez les femmes que chez les hommes (413 c. 92 pour 100 000).

En Montérégie, en 2003-2007, le taux de grossesse chez les adolescentes se situait à 12,7 pour 1 000 jeunes filles de 14-17 ans, ce qui représente en moyenne 463 grossesses par année.

## 3 LE RESEAU DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX

Le réseau montréalais de la santé et des services sociaux est soucieux d'offrir les meilleurs services à la population de sa région. À cette fin, plus de 2 100 médecins et 32 000 employés travaillent de concert au sein des 11 CSSS et des 7 établissements régionaux de la Montérégie, sans compter les 10 établissements privés conventionnés, les 7 établissements privés non conventionnés et les quelque 450 organismes communautaires œuvrant également dans la région.

### 3.1 PRIX ET DISTINCTIONS

Au cours de la dernière année, plusieurs établissements, organismes de santé et de services sociaux et personnes œuvrant au sein du réseau ont remporté des prix soulignant l'excellence de leur travail.

#### *Agence et établissements de la Montérégie*

Le regroupement des directrices de soins infirmiers (DSI) représentant les onze CSSS et l'Hôpital Charles LeMoine (avant la fusion) a reçu le Prix régional 2011 du Concours Innovation Clinique, remis par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) pour le projet FORTERESSS de la Montérégie.

Ce prix vient souligner les efforts de chacun des établissements qui participent à une vaste réorganisation des soins, des services et du travail en hébergement. Le plan FORTERESSS de la Montérégie (Fidélisation, Organisation du Travail Et Reconnaissance des Employés de la Santé et des Services Sociaux) est piloté par

l'Agence et implique les 44 sites d'hébergement des 11 CSSS de la région et près de 4 000 personnes (gestionnaires, médecins, infirmières, autres membres des équipes de soins et représentants syndicaux).

Ce changement dans l'organisation du travail et la pratique infirmière a permis une amélioration de la qualité des soins et de la prise en charge, se traduisant par la diminution de transferts de résidents vers l'urgence. On observe également une plus grande fidélisation des infirmières en centre d'hébergement.

#### *Centre jeunesse de la Montérégie*

La ministre Dominique Vien a remis à M. Camil Picard, directeur général du Centre jeunesse de la Montérégie (CJM), le prix Reconnaissance de carrière Persillier-Lachapelle 2011 pour l'ensemble de sa carrière dédiée au service des jeunes. Ce prix est décerné dans le cadre des Prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux.

Monsieur Camil Picard a consacré sa vie au bien-être et à l'amélioration des conditions de vie des enfants les plus en détresse de notre société. Sa carrière a eu de formidables et bénéfiques retombées tant sur les jeunes et les familles en grande difficulté que sur les établissements et les réseaux locaux, provinciaux et internationaux.

Le 29 février dernier, l'équipe de Mobilis du CJM a également remporté deux prix lors de la soirée de remise du Prix Égalité 2012 : le Prix Prévention de la violence et le Prix Coup de cœur

voté par le public. Les Prix Égalité célèbrent les actions concrètes qui font progresser de façon significative l'égalité entre les femmes et les hommes.

Mobilis est né de l'initiative du Centre jeunesse de la Montérégie, du Service de police de l'agglomération de Longueuil et supporté par la Conférence régionale des élus (CRÉ) de Longueuil et par le Forum jeunesse Longueuil. Il vise à prévenir l'adhésion des jeunes aux gangs de rue et à mettre en place des conditions favorisant la désaffiliation des membres et des sympathisants.

*Centre de réadaptation en dépendance Le Virage  
et le CSSS Pierre-Boucher*

Le CSSS Pierre-Boucher et le Centre de réadaptation en dépendance Le Virage ont reçu, le 11 octobre 2011, un Prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux dans la catégorie Partenariat pour leur programme Mosaic. Les deux établissements ont marié leurs expertises pour mettre en place un continuum de services en dépendance incluant des services intégrés pour des personnes qui présentent une double problématique de santé mentale et de dépendance.

Plus de 80 % des personnes suivies pour une problématique de dépendance souffrent aussi d'un trouble de la personnalité et jusqu'à 40 % des personnes s'adressant à des services en santé mentale avec un trouble sévère présentent également une toxicomanie. Un meilleur accompagnement permet aux personnes qui vivent avec un trouble concomitant de mieux faire face aux défis du quotidien, par exemple de se trouver un travail stable et de mieux gérer leurs relations sociales. Depuis 2009, plus de 200 personnes ont pu bénéficier, d'une façon ou d'une autre, des activités du programme Mosaic.

Au cours de l'année 2011, le programme Mosaic a cumulé les honneurs. Il a reçu une mention de pratique exemplaire par

Agrément Canada. Il a également reçu une mention d'excellence de l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux en plus de remporter, le 22 septembre 2011, le Prix d'excellence Partenariat de l'Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec.

*CSSS Champlain—Charles-Le Moyne*

Le 8 avril dernier, l'Association québécoise des infirmières en oncologie (AQIO) a décerné le Prix d'excellence 2011 à Mme Lucie Laporte, infirmière monitrice clinique en oncologie au Centre intégré de cancérologie de la Montérégie (CICM) de l'Hôpital Charles LeMoyne et au Réseau Cancer Montérégie (RCM) depuis 2004. Ce prix a pour objectif de souligner la qualité des activités professionnelles, la motivation, le dynamisme et l'engagement d'une infirmière dans les soins infirmiers en oncologie au point de vue clinique, recherche et enseignement.

Également, la Maison internationale de la Rive-Sud a décerné le prix Georges-Fisher à M. Claude Bouchard, directeur Famille-enfance-jeunesse au CSSS Champlain. Cet honneur récompense la mise sur pied du comité immigration au CSSS Champlain (avant la fusion) et d'y avoir intégré un représentant de l'organisme. Le comité immigration du CSSS Champlain veille, entre autres, à s'assurer que les communautés culturelles connaissent l'offre de service de l'établissement, que cette offre correspond à leurs besoins et qu'elles savent comment y avoir accès.

Les Tables Jeunesse Samuel-de-Champlain et Saint-Hubert, avec la collaboration du CSSS Champlain—Charles-Le Moyne, ont fait preuve d'innovation en rédigeant le *Guide de survie pour parents d'adolescents*. Ce guide a été récompensé, en novembre dernier, alors que Mme Chantal Plamondon, organisatrice communautaire et travailleuse sociale, et Mme Annie Chartier, travailleuse sociale, au CSSS Champlain—Charles-Le Moyne, ont reçu un prix

reconnaissance de l'Association des conseils multidisciplinaires du Québec dans la catégorie Innovation.

L'objectif de ce guide est de fournir aux parents du territoire un outil facile d'utilisation pour mieux interagir avec leur adolescent. Il aborde 25 problématiques pouvant être vécues par les jeunes et leur famille, par exemple : faire face au décrochage scolaire, apprivoiser sa colère, l'éveil à la sexualité ou l'encadrement.

Les médecins Jean-François Lanctôt et Maxime Valois, urgentologues à l'Hôpital Charles LeMoyne et professeurs d'enseignement clinique à l'Université de Sherbrooke et à l'Université de Montréal, ont remporté, en novembre 2011, le Prix de l'innovation pédagogique en développement professionnel continu 2011, du Conseil québécois de développement professionnel continu des médecins (CQDPCM) pour leur projet intitulé *Echo-guided life support (EGLS) : une approche échographique au choc et à la réanimation*. Ce prix est attribué à un projet qui s'est démarqué par son originalité, ses répercussions réelles sur la qualité des soins et sa transférabilité à d'autres milieux. Ce prix vient contribuer à renforcer le rôle de leader de l'Hôpital Charles LeMoyne dans le domaine de l'échographie ciblée.

Le CSSS Champlain—Charles-Le Moyne soulignait, le 28 mars 2012, en présence des équipes récipiendaires, l'obtention de 2 pratiques exemplaires novatrices d'Agrément Canada. Cette mention était accordée aux déclarations des événements indésirables en matière de retraitement des dispositifs médicaux (RDM) ainsi qu'au Programme intégré des maladies cardiovasculaires (PIMCV). Pour être reconnues, les pratiques exemplaires doivent répondre à des critères rigoureux. Elles doivent être initiées par des établissements qui font ainsi preuve d'innovation et de créativité, et avoir des répercussions positives sur les services aux patients et à leur famille.

#### *CSSS du Suroît*

Dans le cadre de la Semaine québécoise des familles en mai 2011, le Réseau pour un Québec Famille a décerné une mention spéciale au programme Crise-Ado-Famille-Enfance (CAFE) afin de souligner une initiative famille intéressante. La mention a été remise le dimanche 8 mai 2011 par la ministre de la Famille, madame Yolande James.

Madame Sonia Gilbert, directrice de la protection de la jeunesse de la Montérégie, et messieurs François Rabeau, directeur général du CSSS du Suroît, et André Cadieux, directeur général adjoint du Centre jeunesse de la Montérégie ont développé, il y a 12 ans, ce projet novateur de partenariat qui avait pour objectif le maintien et la consolidation de la famille en période de crise. Le projet était axé sur une intervention rapide et structurée de différents partenaires.

En Montérégie, le programme CAFE, est actualisé par 7 équipes, totalisant 32 intervenants qui desservent de façon harmonisée le territoire des 11 centres de santé et de services sociaux de la région. L'engagement du programme auprès de la famille qui vit une situation de crise est le suivant : une intervention immédiate, tous les soirs et les fins de semaine, de 15 h à 22 h, 365 jours par année.

#### *CSSS Jardins-Roussillon*

Dans le cadre des Prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux, le CSSS Jardins-Roussillon a reçu le prix Isabel et Michèle Beauchemin Perreault pour la sécurité des soins et des services pour son projet Communauté de pratique en soins de plaies. Ce projet a permis de former de véritables expertes en soins de plaies dans chacune des équipes-clés du CSSS.

Concrètement, les résultats démontrent sans équivoque que cette approche novatrice améliore la qualité, la sécurité et la con-

tinuité des soins offerts. Alors que la prévalence des plaies de pression est évaluée à environ 30 % à l'échelle nationale, elle varie entre 1,8 et 14,2 % dans les 3 centres d'hébergement du CSSS.

Dans le cadre d'un processus d'amélioration des services de santé au Québec, le CSSS J-R a été retenu par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) pour le projet d'implantation de l'approche *Lean Healthcare Six Sigma*.

Initié par le MSSS au printemps 2011, ce projet s'échelonne sur trois ans. C'est le groupe spécialisé Solutions Lean de Fujitsu Canada qui agit à titre d'expert conseil auprès du MSSS ainsi que des 3 établissements retenus dans le cadre de l'implantation de cette approche qui nécessitera un investissement d'environ 2,5 M\$ de la part du MSSS pour le CSSS.

Globalement, l'approche *Lean Healthcare* s'appuie sur une démarche structurée et rigoureuse de résolution de problèmes et nécessite l'engagement et la participation de tous les intervenants impliqués dans l'organisation, et ce, à tous les niveaux hiérarchiques (conseil d'administration, Direction générale, cadres, instances professionnelles et médicales, personnel et médecins). Toutefois, ce sont les intervenants dits « terrain », ceux qui vivent les différentes problématiques au quotidien, qui devront faire preuve de créativité et d'ingéniosité afin de revoir les processus et l'organisation du fonctionnement pour identifier les solutions vraiment adaptées à leurs situations. Le tout, en maintenant l'utilisateur et ses besoins au centre des préoccupations.

#### *CSSS La Pommeraie*

L'Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux (AQESSS) a décerné le Prix Ressources humaines 2011 au CSSS La Pommeraie pour son Programme de coopération intergénérationnelle, le 13 mai 2011. Ce programme avait

d'ailleurs bénéficié du soutien du Laboratoire en gestion et en gouvernance (LEGG) de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie.

Le Programme de coopération intergénérationnelle permet aux employés en fin de carrière de faire le bilan de leur cheminement professionnel, d'identifier ce qu'ils ont de plus précieux à léguer aux autres générations et de profiter d'une formation sur mesure et d'un soutien continu pour le faire en toute confiance.

#### *CSSS Richelieu-Yamaska*

Le CSSS Richelieu-Yamaska a reçu une attestation d'une pratique exemplaire en matière de sécurité d'Agrément Canada. Cette distinction a été décernée pour la stratégie et les actions déployées pour instaurer une culture de sécurité dans l'ensemble des services du CSSS. Cette reconnaissance démontre que le CSSS Richelieu-Yamaska a su faire preuve d'innovation et de créativité dans la prestation de soins et de services sécuritaires pour la clientèle.

### 3.2 ETABLISSEMENTS

Au 31 mars 2012, le réseau de la santé et des services sociaux montérégien comptait 36 établissements, dont 18 établissements publics, 10 établissements privés conventionnés, 7 établissements privés non conventionnés et un établissement réalisé en mode partenariat public-privé (PPP), le Centre d'hébergement Saint-Lambert-sur-le-Golf.

Les 18 établissements publics incluent 11 CSSS et 7 centres spécialisés (jeunesse, réadaptation).



**Tableau 4****Établissements de la Montérégie****Établissements publics****Centres de santé et de services sociaux**

1. Champlain—Charles-Le Moyne
2. de la Haute-Yamaska
3. du Suroît
4. Haut-Richelieu—Rouville
5. du Haut-Saint-Laurent
6. Jardins-Roussillon
7. La Pommeraie
8. Pierre-Boucher
9. Pierre-De Saurel
10. Richelieu-Yamaska
11. de Vaudreuil-Soulanges

**Établissements régionaux spécialisés**

12. Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Montérégie-Est (CRDITED)
13. Centre jeunesse de la Montérégie (CJM)
14. Centre montréalais de réadaptation (CMR)
15. Institut Nazareth et Louis-Braille (INLB)
16. Les Services de Réadaptation du Sud-Ouest et du Renfort (SRSOR)
17. Centre de réadaptation en dépendance Le Virage
18. Centre de réadaptation Foster

**Partenariat public-privé**

1. CHSLD de Saint-Lambert-sur-le-Golf inc.

**Établissements privés conventionnés**

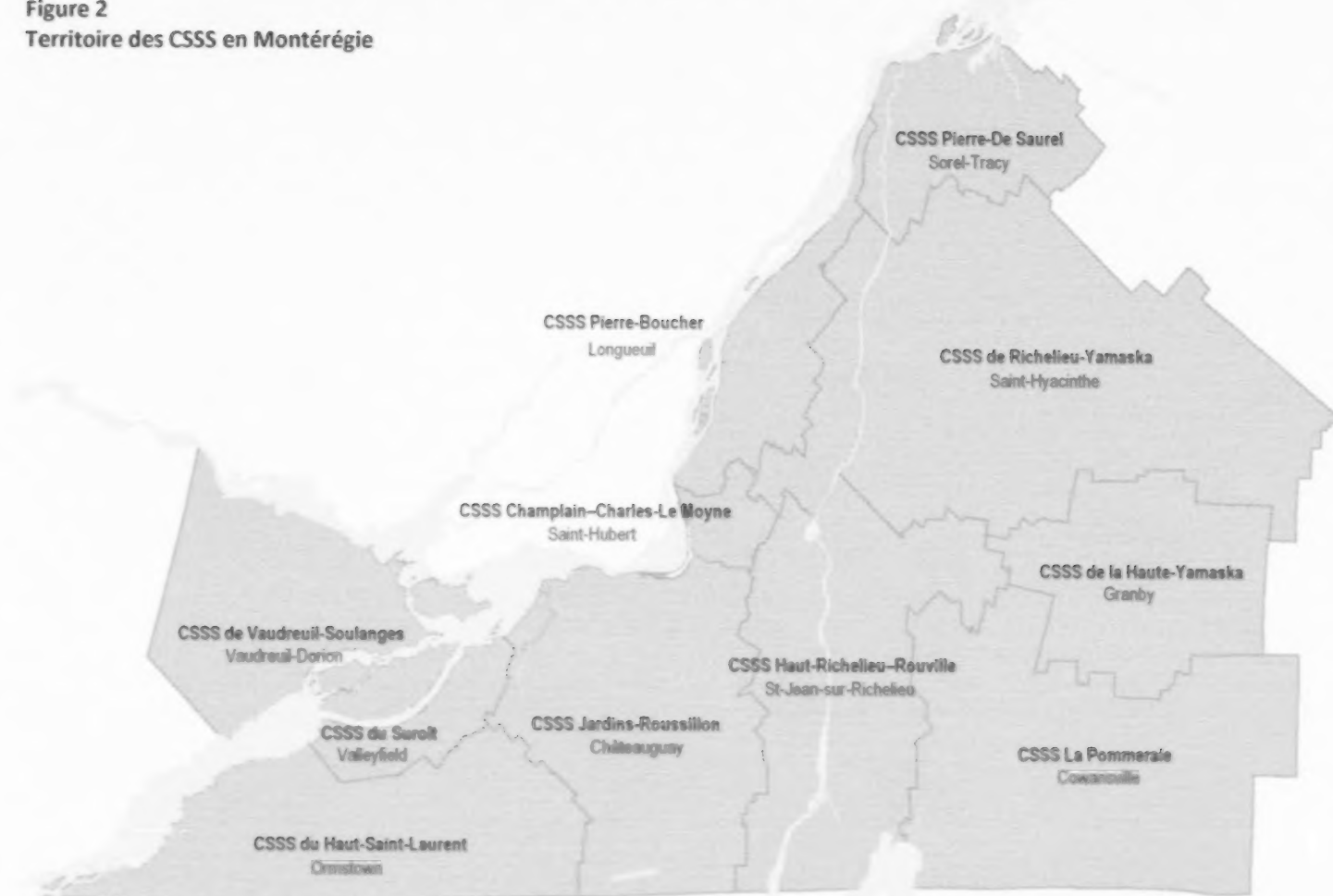
1. Accueil du Rivage inc.
2. Centre d'accueil Marcelle Ferron inc.
3. Centre d'hébergement Champlain Châteauguay
4. Centre d'hébergement Champlain Jean-Louis-Lapierre
5. Centre d'hébergement Champlain des Pommetiers
6. CH Kateri Memorial
7. CHSLD Vigi de Brossard
8. CHSLD Vigi de la Montérégie
9. Résidence Sorel-Tracy inc.
10. Santé Courville de Waterloo

**Établissements privés non conventionnés**

1. CHSLD Résidence Bourg-Joli Inc.
2. Centre de soins de la Gare
3. IAKHIHSOHTHA Lodge
4. Maison des Aînées de St-Timothée inc.
5. Manoir Harwood (Le)
6. Manoir Soleil inc.
7. Centre d'hébergement Revera Argyle Inc. (mieux connue sous le nom de Résidence du Parc)



**Figure 2**  
**Territoire des CSSS en Montérégie**



### 3.3 EFFECTIFS DU RESEAU

Outre les quelque 32 000 personnes œuvrant au sein du réseau de la santé et des services sociaux montréalais, la région compte 840 médecins spécialistes ainsi que 1 292 médecins omnipraticiens travaillant en CLSC, CHSLD, hôpital, clinique ou cabinet privé et au Centre jeunesse. La Montréal compte 31 médecins spécialistes de plus que l'année dernière, une augmentation de 4 %.

**Tableau 5**  
**Répartition des médecins spécialistes par spécialité**  
**en Montréal – 31 mars 2012**

Spécialités	2011 2012	2010 2011
Allergie et Immunologie clinique	4	3
Anatomopathologie	24	24
Anesthésie - Réanimation	68	63
Biochimie médicale	3	3
Cardiologie	34	33
CCVT	0	0
Chirurgie générale	58	54
Chirurgie vasculaire	4	3
Chirurgie thoracique	1	1
Chirurgie orthopédique	44	38
Chirurgie plastique	11	11
Dermatologie	6	8
Endocrinologie	7	8
Gastroentérologie	24	24
Gériatrie	1	1
Hématologie	24	23
Médecine interne	48	48

Spécialités	2011 2012	2010 2011
Médecine nucléaire	9	9
Médecine d'urgence	9	7
Microbiologie médicale	23	21
Néphrologie	17	17
Neurologie	24	20
Neurochirurgie	4	5
Obstétrique - Gynécologie	49	53
Ophthalmologie	32	32
ORL	25	26
Pédiatrie	40	38
Physiatrie	7	5
Pneumologie	15	15
Psychiatrie adulte	93	88
Pédopsychiatrie	26	25
Radiologie diagnostique	58	58
Radio-oncologie	8	7
Rhumatologie	4	4
Santé communautaire	16	15
Urologie	20	19
<b>TOTAL</b>	<b>840</b>	<b>809</b>

Source : Agence de la santé et des services sociaux de la Montréal, PREM en spécialité

**Tableau 6**  
**Effectifs des établissements de la Montérégie – 31 mars 2011**

Catégories d'emploi	31 mars 2011	31 mars 2010
Personnel en soins infirmiers et cardio-respiratoires	8 757	8 500
Personnel paratechnique, services auxiliaires et métiers	10 069	9 696
Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux	7 312	6964
Personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration	4 121	4 026
Personnel non visé par la Loi 30	166	163
Personnel d'encadrement	1 540	1 466
<b>TOTAL</b>	<b>31 969</b>	<b>30 815</b>

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, banque R-25 annuelle 2010-2011.

### 3.4 CLINIQUES MEDICALES

La Montérégie compte 157 cliniques médicales, dont 36 groupes de médecine familiale et 5 cliniques-réseau.

La Montérégie favorise fortement la mise en place des groupes de médecine de famille (GMF). Le modèle GMF, implanté en 2003 dans notre région, favorise la prise en charge de la population et le soutien aux médecins de famille.

**Tableau 7**  
**Personnes inscrites auprès d'une clinique médicale en Montérégie (données 2011-2012, 31 mars 2012)**

Inscriptions en GMF	441 478
Inscriptions générales	380 523
Total	822 001
Population totale 2012 Montérégie	1 473 966
% de la population inscrite	55,77 %

Les GMF sont des cliniques regroupant des médecins de famille qui unissent leurs compétences afin d'offrir un ensemble de services, avec et sans rendez-vous, à une clientèle inscrite. Les médecins collaborent de façon synergique avec une équipe interprofessionnelle. En effet, ce modèle de pratique basé sur la continuité, favorise le suivi conjoint de la clientèle par le médecin, l'infirmière et d'autres professionnels tels que : psychologue, physiothérapeute, nutritionniste, kinésologue, travailleur social, pharmacien et autres.

Par ailleurs, les cliniques-réseau (CR), établies en Montérégie depuis 2007, viennent bonifier l'offre de service. L'objectif est d'améliorer l'accès aux services médicaux de 1<sup>re</sup> ligne, diminuant ainsi le nombre de visites aux salles d'urgence des hôpitaux.

Les CR offrent des services avec et sans rendez-vous. Ces services sont offerts à l'ensemble de la population nécessitant une consultation médicale, particulièrement à celle n'ayant pas de médecin de famille. L'axe majeur se situe au niveau de l'accessibilité en offrant des heures d'ouverture étendues. La CR développe des corridors de service privilégiés avec un hôpital, ce qui facilite l'accès aux plateaux techniques ainsi qu'aux médecins spécialistes.

### 3.5 ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

En 2011-2012, l'Agence a financé 469 organismes pour un total de 67 164 475 \$.

Ces organismes interviennent dans les problématiques suivantes : perte d'autonomie liée au vieillissement, cancer, déficience intellectuelle, déficience physique, troubles envahissants du développement, déficiences multiples, santé physique, personnes démunies, alcoolisme, toxicomanie, dépendance, santé mentale, VIH-SIDA, contraception, allaitement, périnatalité, famille, femmes en difficulté, hommes en difficulté, agression à caractère sexuel, etc.

L'Agence supporte également divers groupes dont des centres d'action bénévole, des organismes de maintien à domicile, des maisons d'hébergement jeunesse, des maisons d'hébergement pour femmes en difficulté, des maisons de jeunes, des centres de femmes, des centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel, des organismes de justice alternative, des groupes représentant des communautés culturelles et autochtones, etc.

Le détail des subventions accordées aux organismes communautaires est présenté en annexe.

### 3.6 RESIDENCES POUR AINÉS (RPA)

Au 31 mars 2012, la Montérégie comptait 342 résidences pour aînés où résident environ 16 000 personnes âgées.

Le pourcentage des RPA certifiées est demeuré semblable à celui de l'année dernière, soit 80 %. Cette stagnation est attribuable au fait que les services de sécurité incendie, de qui, l'Agence doit recevoir un avis favorable, attendaient l'émission de standards provinciaux avant de donner leur approbation. Ces standards

provinciaux ont finalement été adoptés par les organismes impliqués (MSSS, ministère de la Sécurité publique, Régie du bâtiment) et ont été diffusés en février 2012. Les services de sécurité incendie pourront donc redémarrer les exercices d'évacuation qui avaient été suspendus, dans l'attente de ces standards. Cette mesure produira ses effets au cours de l'été 2012.

## 4 LES FAITS SAILLANTS ET LES GRANDS DOSSIERS REGIONAUX

### 4.1 MODIFICATIONS APPORTEES PENDANT L'EXERCICE

#### *Le nouveau CSSS Champlain—Charles-Le Moyne*

La première séance du conseil d'administration du nouvel établissement issu du CSSS Champlain et de l'Hôpital Charles LeMoyne a eu lieu le 15 septembre 2011, marquant ainsi la création du CSSS Champlain—Charles-Le Moyne. Ce regroupement de ressources permet de favoriser le développement du réseau local de services de santé et de services sociaux, d'améliorer l'accessibilité pour la population et d'assurer une meilleure coordination des services de 1<sup>re</sup> ligne et des soins spécialisés offerts aux patients.

Le CSSS Champlain—Charles-Le Moyne est composé des CLSC Samuel-de-Champlain, du CLSC Saint-Hubert dont l'Unité de médecine familiale est affiliée à l'Université de Montréal, des centres d'hébergement Champlain et Henriette-Céré, du centre Saint-Lambert (unité de réadaptation fonctionnelle intensive) et de l'Hôpital Charles LeMoyne, centre universitaire régional affilié à l'Université de Sherbrooke. Le nouvel établissement compte quelque 4 500 employés et 500 médecins, dont plus de 200 sont également professeurs.

#### *Le Centre intégré de cancérologie de la Montérégie*

Le Centre intégré de cancérologie de la Montérégie (CICM) à

l'Hôpital Charles LeMoyne a été inauguré le 21 juin 2011. En offrant les premiers traitements de radiothérapie en Montérégie, le CICM représente une plus-value pour la population, car il propose maintenant toute la gamme de soins en cancérologie. D'une superficie de plus de 11 000 m<sup>2</sup>, répartis sur 3 étages, il compte 2 salles de traitement de chimiothérapie (38 fauteuils), 6 appareils de radiothérapie, 2 salles de curiethérapie, un bloc opératoire, une urgence oncologique, une salle de pharmacie et plusieurs locaux de soutien. De plus, la mission du Centre sera renforcée en matière de recherche et d'enseignement universitaire notamment en permettant la formation de radio-oncologues.

#### *Le Centre de réadaptation Foster*

Le Centre de réadaptation en dépendance auparavant connu sous le nom de Pavillon Foster est devenu, le 2 février 2012, un établissement public du réseau de la santé et des services sociaux. Créé en 1964, le Centre de réadaptation Foster offre des services de réadaptation et de réinsertion sociale pour alcooliques, toxicomanes et joueurs pathologiques d'expression anglaise.

*Le Centre d'accueil Saint-Laurent inc.*

Le Centre d'accueil Saint-Laurent inc., un établissement privé non conventionné situé à Longueuil a fermé ses portes en février 2012.

## **4.2 GRANDS DOSSIERS REGIONAUX**

### **4.2.1 Réflexion stratégique régionale**

La prestation de services de santé et de services sociaux en Montérégie est confrontée à plusieurs défis, dont le vieillissement et l'accroissement de la population. Pour se développer à la mesure de ses ambitions au cours des cinq à dix prochaines années, le réseau montérégien doit se doter d'une vision commune et d'un modèle de gouvernance régionale adaptée à cette nouvelle réalité.

L'Agence a entrepris à la fin de l'année 2011-2012, en collaboration avec les dirigeants des établissements, une démarche de réflexion stratégique, en collaboration avec les dirigeants des établissements. Cet exercice implique notamment un examen de l'environnement dans lequel évoluent la région et le réseau ainsi que l'identification des grands enjeux, défis et opportunités afin de déterminer les stratégies permettant de concrétiser la vision qui permettra de répondre aux besoins de la population montérégienne dans les prochaines années.

Cette réflexion sera accompagnée d'une démarche de branding (identité de marque) qui traduira l'identité régionale du réseau montérégien et facilitera la compréhension de l'offre de service pour la population de la région.

### **4.2.2 Rapatriement de certaines clientèles en Montérégie (514-450)**

L'Agence de la Montérégie travaille depuis près de deux ans sur un plan de rapatriement de certaines clientèles consommant des services à Montréal, notamment au Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) et au Centre universitaire de santé McGill (CUSM). L'objectif de ce rapatriement est d'assurer à la population une accessibilité aux soins généraux et spécialisés plus près de leur lieu de résidence. Rappelons que les projets de constructions des deux centres hospitaliers universitaires (CHU) de Montréal compteront moins de lits qu'actuellement. En conséquence, les régions limitrophes ont été sollicitées pour proposer au MSSS un plan de rapatriement des clientèles provenant de ces régions et qui consommaient divers services dans ces deux centres hospitaliers.

Ce plan qui, nécessitera au final un investissement de 60 M\$, sera financé par le MSSS (50 %) et par l'Agence (50 %) et sera réparti comme suit : 44 M\$ pour les immobilisations et 16 M\$ pour les équipements.

#### *Phase 1 de 4*

Le plan de rapatriement de la clientèle comprend 4 phases. La 1<sup>re</sup> phase a débuté en 2011-2012 et représente une somme de 14 M\$ octroyée par le MSSS et a été répartie dans 5 établissements : CSSS Pierre-Boucher, CSSS Champlain—Charles-Le Moyne, CSSS du Suroît, CSSS Jardins-Roussillon et CSSS Haut-Richelieu—Rouville. Le tableau 8 présente un résumé du projet.



**Tableau 8**  
**Volume d'activités à rapatrier**

Détails	
Hospitalisations - Équivalent-lits	121 lits
Salles d'opération	3,6
Consultations externes - Visites	74 052
Hospitalisations - Nombre	4 479
Hospitalisations - Jours-présence	39 131
Soins d'un jour - Nombre	3 689
Effectifs requis	
Ressources humaines	350 ETP
Médecins omnipraticiens	12,1
Médecins spécialistes	50,3

#### 4.2.3 Impact de l'accroissement et du vieillissement de la population

Dans le cadre de la réflexion stratégique amorcée, deux éléments occupent une place prépondérante dans les défis à considérer, soit l'accroissement et le vieillissement de la population en Montérégie. Les intervenants du réseau montréalais anticipent en effet que ces deux facteurs contribueront de façon importante à la pression qui sera exercée sur la demande en matière de soins de santé et de services sociaux.

Selon les projections réalisées par l'Agence, on estime que la population de la Montérégie connaîtra un taux d'accroissement de 12 % d'ici 2021.

**Tableau 9**  
**Accroissement de la population en Montérégie d'ici 2021**

Région	Population		Accroissement		Population
	2008	2021	N	%	2031
Montérégie	1 412 485	1 586 862	174 377	12 %	1 679 863
Québec	7 752 037	8 470 572	718 535	9 %	8 838 265
Québec *	4 969 176	5 254 912	285 736	5,8 %	5 386 767

\* sans Laval, Laurentides, Lanaudière et la Montérégie

Source : ISQ – Projection réalisée à partir du recensement de 2006

L'enjeu qui préoccupe la région de façon importante est non seulement que les usagers vieillissent, mais qu'une grande part de la population atteindra la vieillesse en même temps. Ainsi, en 2008, les 65 ans et plus représentaient 13,5 % des Montérégiens. On anticipe qu'ils représenteront 20 % et 25 % en 2031.

**Tableau 10**  
**Vieillesse de la population en Montérégie d'ici 2021**

Groupe d'âge	Population		Accroissement		Population
	2008	2021	Écart	%	2031
- de 18 ans	300 095	316 440	16 345	5 %	321 464
18 à 64 ans	921 577	953 350	31 773	3 %	939 512
65 à 74 ans	109 027	181 740	72 713	67 %	215 225
75 ans ou +	81 786	135 332	53 546	65 %	203 662

Source : ISQ – Projection réalisée à partir du recensement de 2006

L'Agence a entrepris un exercice de l'estimation des besoins en matière de lits pour 2021 basé sur les projections globales en comparaison avec la moyenne de lits utilisés en 2006-2009. Outre l'accroissement et le vieillissement de la population, le calcul prend en compte l'évolution technologique, les



changements de pratique, l'amélioration de l'état de santé, l'amélioration des habitudes de vie, etc.

**Tableau 11**  
**Estimation des besoins pour 2021**

Groupe d'âge - Tous	
Nombre moyen de lits utilisés 2006-2009	2 499
Estimation du nombre de lits 2021	2 748
Variation du nombre de lits p/r à 2006-2009	249

Source : ISQ - Projection réalisée à partir du recensement de 2006, APR-DRG 2008-2009

#### 4.2.4 Suppléance rénale

Dans la perspective du vieillissement accéléré de la population et du rapatriement des clientèles vers la Montérégie, l'Agence, en collaboration avec le réseau, a élaboré un *Plan d'action régional en suppléance rénale*. Le plan a été présenté au MSSS en novembre 2011.

Le nombre de personnes nécessitant des services de suppléance rénale augmente de 7 % chaque année en Montérégie. La région possède 4 centres principaux de dialyse, 2 centres satellites, 2 centres externes et dessert 603 patients. Actuellement, plus de 1 000 patients sont suivis dans les cliniques de pré-dialyse de la région.

Par ailleurs, plus de 200 Montérégiens reçoivent présentement des traitements au CHUM et au CUSM. La Montérégie souhaite rapatrier les usagers suivis dans ces deux centres et offrir aux nouveaux usagers les services dans la région.

**Tableau 12**  
**Situation des Montérégiens dialysés**

	Patients traités Montérégie	Patients traités CHUM / CUSM
Hémodialyse	603	90
Prédialyse	1 038	111
<b>TOTAL</b>	<b>1 641</b>	<b>201</b>

Les besoins sont particulièrement pressants sur le territoire du CSSS Jardins-Roussillon qui compte 119 patients dialysés aussi bien à Montréal que dans d'autres centres de la Montérégie.

Le dépistage précoce et les interventions visant à retarder le plus possible l'entrée en dialyse constituent les principales mesures préconisées dans le *Plan d'action régional en suppléance rénale* adopté en novembre 2011.

Le tableau suivant résume les besoins estimés pour la Montérégie en matière de ressources pour la suppléance rénale.

**Tableau 13**  
**Estimation des besoins en suppléance rénale en Montérégie**

Pour 26 stations de traitement		
Effectifs	Néphrologues	2 ETC
	Ressources humaines	70 ETC
Coûts estimés	Immobilisation (non récurrent)	2,3 M \$
	Espaces locatifs (récurrents)	0,4 M \$
	Équipement (non récurrent)	2,2 M \$
	Fonctionnement (récurrent)	6,8 M \$

#### 4.2.5 Montérégie-Ouest (Grand-Suroît)

L'augmentation constante de la population du réseau local de services (RLS) de Vaudreuil-Soulanges a des répercussions directes sur l'offre de soins hospitaliers disponible pour l'ensemble de la population, et ce, particulièrement sur les ressources du CSSS du Suroît (Montréal) et du CSSS de l'Ouest-de-l'Île (Montréal). On estime que la population de Vaudreuil-Soulanges passera de 135 000 habitants actuellement à près de 170 000 habitants en 2021. Le parachèvement des travaux de l'autoroute 30 n'est pas étranger à l'augmentation anticipée de la population de la Montérégie-Ouest. L'Agence poursuit sa vigie des effets possibles de ces changements sur la consommation des services spécialisés.

De plus, la population du RLS du Haut-Saint-Laurent requiert des services spécialisés auprès du CSSS du Suroît, et représente un facteur de pression additionnel sur les ressources de ce dernier. Cette pression vient s'ajouter à une situation déjà précaire au Suroît. La vétusté et l'exiguïté des locaux et des plateaux techniques nécessitent des travaux importants de mise à niveau et d'agrandissement, notamment pour être en mesure d'accueillir les 28 nouveaux spécialistes prévus par le *Plan régional des effectifs médicaux (PREM) 2011-2016*.

Afin de faire face aux défis qui se présentent, les CSSS du Suroît et de Vaudreuil-Soulanges ont entrepris une série de démarches en vue d'améliorer l'offre de soins et services requis par la population.

##### *Le CSSS de Vaudreuil-Soulanges : le projet d'hôpital*

Un nouvel hôpital est prévu pour le RLS de Vaudreuil-Soulanges. La construction d'une structure hospitalière demeure la seule option envisageable si l'on veut assurer un accès de proximité aux soins et services hospitaliers à la population du RLS de Vau-

dreuil-Soulanges. Le futur hôpital, d'une capacité estimée à 247 lits, comprendrait toutes les spécialités de base requises par l'état de santé de la population. Le budget de construction est estimé à 635 M\$ auquel vient s'ajouter un budget de fonctionnement de l'ordre de 124 M\$ annuellement.

Cette construction assurera une meilleure adéquation de l'offre de soins hospitaliers dans le Grand Suroît. Cette solution contribuerait, par ailleurs, à mettre en place des centres d'expertise sous-régionaux (Montréal-Ouest) répartis entre les CSSS du Suroît, de Vaudreuil-Soulanges et Jardins-Roussillon en fonction des masses critiques et de l'expertise des équipes. Ces centres d'expertise, profiteront également à la clientèle provenant du RLS du Haut-Saint-Laurent qui bénéficiera des avantages de la complémentarité entre les trois CSSS mentionnés.

Ce projet a déjà franchi les premières étapes de planification. Cependant, plusieurs années passeront encore avant que l'accès aux services hospitaliers sur ce territoire ne devienne réalité. En attendant la venue de l'hôpital, le CSSS a prévu la location d'espaces locatifs pour accueillir les cliniques externes et assurer le développement de la médecine spécialisée, prévu par le PREM 2011-2016.

##### *Au CSSS du Suroît*

Le projet de mise à niveau des installations du CSSS du Suroît inclut 2 volets :

##### *Volet hospitalier*

Le projet de mise à niveau des installations du Suroît débiterait par une phase transitoire où l'on assurerait un espace suffisant assurant ainsi le bon déroulement des activités cliniques et administratives, notamment en ce qui concerne les laboratoires, l'endoscopie et l'urgence. Cette stratégie de réaménagement, à court terme, permettrait d'entreprendre le projet

d'agrandissement de l'hôpital qui compterait un bâtiment supplémentaire comprenant quatre étages et un sous-sol.

#### Volet CLSC

La planification immobilière touchant les services du CLSC a comme objectif de rapatrier tous les services, dispersés actuellement sur le territoire, dans un seul bâtiment. L'option prônée par le projet de rapatriement consiste en la location d'un bâtiment afin de regrouper tous les services de 1<sup>re</sup> ligne de la mission CLSC, d'intégrer les services ambulatoires de 2<sup>e</sup> ligne en santé mentale, de consolider les locaux dédiés au soutien à domicile et de déménager certains services administratifs de l'Hôpital du Suroît sur un seul site.

Enfin, les travaux de consolidation et de développement des plateaux techniques de l'Hôpital Anna-Laberge du CSSS Jardins-Roussillon et l'optimisation de l'utilisation des plateaux techniques à l'Hôpital Barrie Memorial du CSSS du Haut-Saint-Laurent viendront appuyer les efforts d'amélioration de l'offre de services au Grand Suroît.

## 5 RESULTATS 2011-2012 : PLANIFICATION STRATEGIQUE ET ENTENTE DE GESTION

Cette section du rapport présente les résultats découlant de la planification stratégique 2010-2015 de l'Agence ainsi que les résultats de l'entente de gestion 2011-2012. Ainsi, cette section :

- décrit les résultats obtenus pour l'année 2010-2011;
- présente les indicateurs prévus dans l'entente de gestion et d'imputabilité 2011-2012 ainsi que les indicateurs du Ministère et de la région retenus au *Plan d'action régional 2011-2012* pour la réalisation de la planification stratégique 2010-2015;
- offre des compléments d'information sur les activités régionales.

L'Agence s'est engagée envers le MSSS à contribuer à la mise en œuvre des deux priorités identifiées par le ministre pour l'année 2011-2012 :

- l'optimisation des ressources;
- l'accessibilité aux services.

Les priorités régionales découlent des priorités ministérielles et de la planification stratégique. Par souci de cohérence, les résultats obtenus pour les objectifs fixés sont regroupés ici selon les six enjeux de la planification stratégique de l'Agence, soient : la prévention et la réduction des inégalités; les services de première ligne; la réduction des délais pour l'accès aux services; la qualité et l'innovation; l'attraction, la rétention et la contribution optimale du personnel, et finalement, une gestion performante et imputable.

### ENJEU 1

#### LA PREVENTION ET LA REDUCTION DES INEGALITES

##### *Santé publique*

La Direction de santé publique a commencé les travaux de mise à jour de son *Plan d'action régional (PAR) 2012-2015*. Ce dernier met une emphase particulière sur certaines actions prioritaires convenues avec les CSSS, notamment les approches intégrées en milieu municipal, en milieu scolaire et dans la communauté, tout en assurant une continuité avec les actions déjà implantées en Montérégie. Ces travaux, qui ont mobilisé de façon importante les ressources de santé publique tant aux niveaux régional que local, ont été réalisés dans un climat de collaboration et de confiance démontrant les liens étroits existant entre la DSP et les CSSS.

##### *Planification, évaluation et recherche*

Le secteur planification, évaluation et recherche s'est doté d'une expertise en géomatique afin de répondre aux besoins émergeant dans ce domaine. Ce champ d'expertise consiste à générer, analyser et représenter des données localisées spatialement. Le secteur, offrant cette expertise à toute l'Agence, l'a mis à profit dans différents projets tels que la chaleur accablante, le développement des communautés, le risque industriel, l'accessibilité alimentaire, l'herbe à poux et la sécurité routière.

### *Surveillance*

Le secteur de la Surveillance de l'état de santé de la population a poursuivi sa démarche d'amélioration de ses services et produits. La gamme de produits offerts a été élargie avec la diffusion de sept Portfolios sur des thématiques spécifiques (ex.: cancer, aînés, santé dentaire). Une évaluation du Périoscope, un bulletin publié mensuellement depuis septembre 2010, a été réalisée. Cette évaluation a montré la grande satisfaction de ses lecteurs et a permis d'ajuster la stratégie de promotion dans le réseau. Le secteur s'est également doté en 2012 d'un comité des utilisateurs des produits de surveillance afin de répondre aux attentes de ces derniers.

### *Promotion-Prévention*

Chef de file de l'implantation de *l'Initiative des amis des bébés*, la Montérégie compte treize installations (onze CLSC et deux hôpitaux) certifiées « Amis des bébés » sur son territoire, dans sept CSSS (deux d'entre eux ont reçu la certification pour l'ensemble de leurs installations). De plus, notre région se distingue du reste du Québec par un taux d'allaitement plus élevé à l'hôpital, ainsi que par des taux d'allaitement exclusif significativement plus élevés pendant le séjour à l'hôpital ainsi que pendant les quatre premiers mois de vie de l'enfant. En 2010-2011, le taux d'allaitement exclusif à l'hôpital était de 69,3 %, soit une augmentation de 14,2 % par rapport à 2003-2004.

La tenue de la Journée montréalaise de santé publique portant sur les saines habitudes de vie fut un vif succès. Près de 200 professionnels et décideurs du milieu municipal et du réseau de la santé ont participé à cette journée. Docteure Jocelyne Sauvé, directrice de santé publique de la Montérégie, a fait part aux élus, directeurs généraux, urbanistes et responsables des loisirs des municipalités de la région de l'importance de penser, d'aménager et de réinventer les environnements afin qu'ils

soient favorables aux saines habitudes de vie. L'objectif poursuivi : réduire les maladies chroniques et permettre aux Montérégiens de vivre plus longtemps en bonne santé.

### *Maladies transmissibles*

L'année 2011-2012 a été marquée par la campagne de vaccination de rattrapage contre la rougeole menée dans toutes les écoles primaires et secondaires de la province. Cette campagne visait les élèves, le personnel ainsi que les bénévoles des établissements. Le plus grand défi était de recueillir les preuves vaccinales pour toutes ces personnes et de les inscrire au registre vaccinal provincial Rougeole. Les efforts déployés par les CSSS avec la collaboration du réseau scolaire ont permis d'obtenir un meilleur portrait de la couverture vaccinale contre la rougeole et de l'augmenter. Le bilan de cette campagne montre une couverture vaccinale de 92 % chez les élèves de niveau primaire (moyenne provinciale de 88 %) pour un gain de 7,2 %. Pour les élèves de niveau secondaire, la couverture vaccinale est de 86 % (moyenne provinciale de 81 %) pour un gain de 8,8 %.

### *Santé environnementale*

En 2011, l'équipe santé environnementale a complété un portrait détaillé de cinq grands enjeux de santé publique : le logement, l'aménagement du territoire, le transport, les risques technologiques et nuisances environnementales ainsi que l'accessibilité aux services. Des données descriptives sur soixante indicateurs populationnels et environnementaux ont été colligées et des pratiques prometteuses recensées. Ce portrait se veut un déclencheur afin d'inciter les conférences régionales des élus (CRE), les municipalités et les CSSS à agir. Son but : encourager la revitalisation de certains milieux urbains et favoriser la conception de nouveaux développements pour en faire des milieux de vie sains, sécuritaires et attrayants.

Les inondations printanières exceptionnelles de 2011, qui ont touché une quarantaine de municipalités, ont nécessité le soutien de l'Agence aux mesures d'urgence. Plusieurs actions ont été déployées sur le terrain pour venir en aide aux sinistrés, dont une trentaine de rencontres avec des municipalités et citoyens et la diffusion de quelque trois mille trousseaux d'information.

#### Légende des tableaux d'indicateurs

PS : Indicateurs du MSSS et de la région retenus au plan d'action régional 2011-2012.

EG : Indicateurs prévus dans l'entente de gestion 2011-2012.

### Orientation 1.1 : Agir de façon concertée sur les principaux déterminants de la santé et du bien-être

#### Axe d'intervention : Prévention dans les continuums de services

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2010-2011		2011-2012		Commentaires
			Objectif	Résultat	Objectif	Résultat	
1.01.20 PS et EG	Pourcentage moyen d'implantation des activités du Programme national de santé publique (PNSP)	85 %	85 %	87 %	N/A	N/A	Données de l'indicateur recueillies en 2010-2011, 2012-2013, 2014-2015 (biennale)
1.01.21 PS et EG	Pourcentage des pratiques cliniques préventives prioritaires qui ont fait l'objet d'activités de soutien	85 %	35 %	83 %	N/A	N/A	Données de l'indicateur recueillies en 2010-2011, 2012-2013, 2014-2015 (biennale)
1.01.13 EG	Pourcentage d'écoles qui implantent l'approche École en santé (AÉS)	N/A	20 %	20 %	Aug.	36 %	



## Orientation 1.1 : Agir de façon concertée sur les principaux déterminants de la santé et du bien-être

### Axe d'intervention : Prévention dans les continuums de services

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2010-2011		2011-2012		Commentaires
			Objectif	Résultat	Objectif	Résultat	
1.01.14 EG	Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1 <sup>re</sup> dose de vaccins contre DCaT-Polio-Hib dans les délais	N/A	90 %	64 %	Aug.	86 %	On constate une amélioration très importante entre 2010-2011 et 2011-2012. Cette amélioration s'explique principalement par la modification de l'indicateur et plus précisément des délais qui ont été augmentés de 7 à 14 jours entre 2010-2011 et 2011-2012. Cependant, des données supplémentaires fournies par le système d'information I-CLSC, aux fins de comparaison, montrent tout de même une augmentation considérable pour ces deux indicateurs (délai de 14 jours, soit de 5,8 % et de 7 % respectivement). De plus, un projet pilote ayant débuté en 2011, ciblant l'optimisation des services de vaccination 0-5 ans en Montérégie, permettra de revoir l'organisation des services pour la vaccination dans les CSSS et ainsi, améliorer la proportion d'enfants vaccinés dans les délais prescrits.
1.01.15 EG	Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1 <sup>re</sup> dose de vaccins contre le méningocoque de séro groupe C dans les délais	N/A	90 %	41 %	Aug.	61 %	Même commentaire que l'indicateur précédent.
1.01.16.01 EG	Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1 <sup>re</sup> dose de vaccins contre la rougeole, la rubéole et les oreillons (RRO) dans les délais	N/A	N/A	N/A	N/A	61 %	

## ENJEU 2

### LES SERVICES DE PREMIERE LIGNE

#### 5.2.1 Services généraux de 1<sup>re</sup> ligne

La planification stratégique de l'Agence, *Partenaires pour l'amélioration* mise, entre autres, sur une 1<sup>re</sup> ligne forte et sur l'importance de travailler ensemble pour que la prise en charge devienne une priorité, une volonté commune et une concertation de tous les milieux.

Compte tenu de la pénurie de main-d'œuvre qui sévit partout au Québec, il est nécessaire de repenser les façons de pratiquer et de créer des liens entre tous les intervenants du réseau pour assurer une prise en charge populationnelle adéquate.

Ainsi, l'accueil clinique, qui repose sur l'organisation des soins et la collaboration interprofessionnelle, constitue l'une des clefs de la réussite pour assurer à la clientèle un accès rapide à des soins et à des traitements spécialisés.

L'organisation des soins dans chaque CSSS doit assurer aux clientèles une plus grande accessibilité aux services diagnostiques et aux services de médecine spécialisée. Cette organisation doit garantir une continuité des soins entre le médecin de famille et les ressources spécialisées de même qu'une meilleure fluidité de l'information. De plus, le mode d'organisation en groupe de médecine de famille (GMF) ainsi que l'introduction des infirmières praticiennes spécialisées (IPS) de 1<sup>re</sup> ligne sont des mesures visant à permettre un meilleur accès à la prise en charge et au suivi de la clientèle.

#### *Groupes de médecine de famille (GMF)*

Le modèle d'organisation GMF est le mode de pratique prédominant au sein de plusieurs territoires de la Montérégie. La collaboration infirmière-médecin présente en GMF soutient le groupe de médecins dans la prise en charge et le suivi de la clientèle.

Avec 36 GMF, la Montérégie est la région qui en compte le plus au Québec. De plus, de nouveaux projets GMF verront le jour au cours de la prochaine année.

#### *Infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne (IPS)*

Les IPS commencent à se déployer au Québec. Dans son plan 2010-2013, le MSSS a accordé 34 IPS à la Montérégie, qui devrait en compter 94 d'ici 2018. Actuellement, une quinzaine d'IPS sont déjà en poste dans la région.

#### *Les services spécialisés*

Le plan quinquennal des effectifs médicaux spécialisés 2010-2015 prévoit l'arrivée de 240 nouveaux médecins spécialistes. Cet important ajout de forces vives au sein des établissements de la Montérégie favorisera un meilleur accès aux différents services spécialisés de proximité pour la population montréalaise.

### Périnatalité – services de sages-femmes en Montérégie

Depuis le mois de septembre 2011, les services de sages-femmes sont désormais offerts à la population de la région grâce à

l'initiative du CSSS Haut-Richelieu–Rouville. Une centaine de femmes avaient déjà, à la fin de l'année financière 2011-2012, bénéficié des services de ces dernières. La première maison de naissance en Montérégie devrait voir le jour en septembre 2012.

## Orientation 2.1 : Améliorer l'accès aux services généraux de première ligne

### Axe d'intervention : Services médicaux et infirmiers

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2010-2011		2011-2012		Commentaires
			Objectif	Résultat	Objectif	Résultat	
1.09.25 PS et EG	Nombre total de Groupes de médecine de famille (GMF) implantés	40	33	33	37	36	36 GMF déjà implantés, 3 projets en démarche d'accréditation.
1.09.26 PS	Pourcentage des médecins de famille exerçant en cabinet ou en CLSC qui pratiquent en Groupes de médecine de famille (ou équivalents)	70 %	N/A	N/A	N/A	N/A	
1.09.27 PS	Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille	70 %	N/A	N/A	N/A	56 %	
3.07 PS et EG	Nombre d'IPS en soins de première ligne titularisées et offrant des services de première ligne	58 en 2014-2015 94 en 2017-2018	10	11	12	13	Engagements et cibles revus suite à la révision par le MSSS du programme IPS-SPL en juillet 2010 (circulaire 2011-013). Programme du MSSS jusqu'en 2018. Engagement de 12 IPS annuellement.
PS	Adoption d'un cadre de référence régional pour l'intégration des IPS dans le réseau montréalais	Oui	Implanter le comité régional	Le comité régional est implanté	Élaborer le cadre de référence	Cadre de référence en cours d'élaboration	
PS	Pourcentage d'installations (établissements, GMF et les cliniques-réseau) ayant adopté au moins une ordonnance collective	100 %	50 % (25/50)	50 %	70 % (35/50)	70 % (35/50)	

## Orientation 2.1 : Améliorer l'accès aux services généraux de première ligne

### Axe d'intervention : Services médicaux et infirmiers

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2010-2011		2011-2012		Commentaires
			Objectif	Résultat	Objectif	Résultat	
PS	Modalités de collaboration établies entre le CSSS et le médecin responsable des GMF et des cliniques-réseaux	80 %	42 % (5/12)	33 % (4/12)	64 % (7/11)*	45 % (5/11)*	* Suite à la fusion de HCLM et du CSSS Champlain

## Orientation 2.1 : Améliorer l'accès aux services généraux de première ligne

### Axe d'intervention : Services psychosociaux généraux

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2010-2011		2011-2012		Commentaires
			Objectif	Résultat	Objectif	Résultat	
1.02.04 PS et EG	Pourcentage des appels au service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux auxquels on a répondu dans un délai de quatre minutes ou moins	90 % des appels	N/A	82 %	N/A	80 % (sans 24/7)	
1.02.05 PS et EG	Pourcentage des régions sociosanitaires ayant mis en place un service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux	100 % (selon financement)	N/D	N/D	N/D	0 % (aucun financement)	

### 5.2.2 Clientèles ayant des besoins particuliers

#### *Jeunes en difficulté*

Le nombre de jeunes en difficulté rejoints par les CSSS de la région a continué d'augmenter, passant de 2 925 à 3 260, soit 11,5 % de plus qu'en 2010-2011. Ainsi, le taux par 1 000 de jeunes en difficulté rejoints passe de 70,1 à 74,5 %.

Un premier programme en négligence offrant une intervention de groupe et faisant appel à des parents-soutien pour des familles vivant en contexte de négligence a vu le jour cette année.

Le programme *Je tisse des liens gagnants* a été implanté par le CSSS La Pommeraie en collaboration avec le Centre jeunesse de la Montérégie et l'organisme communautaire Les Champignoies de Farnham.

Le Québec a connu, en 2011-2012, une nouvelle hausse des signalements de 1,8 %, soit 1 393 de plus que l'année précédente. Parmi eux, 1 254 proviennent de la Montérégie, c'est donc dire que la Montérégie accapare 90 % de l'augmentation des signalements de la province en 2011-2012. De ces signalements, 5 457 ont été retenus, soit une hausse de 450 ou de 9 % par rapport à l'année précédente alors que le Québec en retenait au total 688 de plus. C'est donc dire que la Montérégie a retenu 65,4 % de la hausse des signalements. Notons, par ailleurs, que le taux de signalements reçus et retenus par 1 000 jeunes est l'un des plus bas de toutes les régions du Québec. (38,1 pour 53,1 et 16,9 pour 21,2 au Québec en 2010-2011), ce qui permet d'affirmer que la Montérégie reçoit et retient moins de signalements que le reste de la province.

#### *Santé mentale*

Les établissements poursuivent le développement des services de 1<sup>re</sup> ligne de santé mentale en consolidant leurs équipes et en améliorant l'efficacité du guichet d'accès. Ainsi, certains CSSS ont revu en cours d'année leurs modes de pratique afin d'améliorer la qualité de l'offre de service, ce qui a permis d'atteindre plusieurs objectifs qui n'ont pu être atteints au cours de l'année 2010-2011.

L'accès aux services de 1<sup>re</sup> ligne en santé mentale a été grandement amélioré en 2011-2012 et a permis à 13 409 personnes de recevoir des services de 1<sup>re</sup> ligne, soit 1 152 personnes de plus qu'en 2010-2011, une augmentation de 9,4 % en tenant compte du facteur de correction concernant le professionnel répondant.

#### *Dépendances*

Au cours de l'année 2011-2012, la mise en place de l'offre de service en dépendance a été poursuivie selon les orientations ministérielles et le bilan montréalais 2007-2011. Le développement de l'offre de service en dépendance a été soutenu par la formation de base en dépendance ainsi qu'à l'approche motivationnelle offerte à 200 intervenants de 1<sup>re</sup> ligne afin d'améliorer le repérage, la détection, la prise en charge de la clientèle ou la référence suivant le modèle de hiérarchisation des services. De plus, le déploiement du modèle d'évaluation GAIN (Global Appraisal Individual Need) est en cours afin d'optimiser le processus d'évaluation en dépendance en centre de réadaptation. Nous constatons également les résultats positifs liés à la mise en place du corridor de services entre le CSSS Pierre-Boucher et le CRD Le Virage ainsi qu'au maintien de celui établi avec le CSSS Champlain-Charles-Le Moyne.



*Services de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux*

Les efforts se poursuivent pour atteindre la cible de 90 % des appels reçus en 4 minutes au service de consultation télépho-

nique en matière de services psychosociaux. La baisse (79,6 %) est due au nombre accru d'appels comparativement à l'année précédente.

## Orientation 2.2 Assurer un suivi interdisciplinaire et continu des clientèles ayant des besoins particuliers

### Axe d'intervention : Personnes atteintes de maladies chroniques ou de cancer

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2010-2011		2011-2012		Commentaires
			Objectif	Résultat	Objectif	Résultat	
1.09.39 PS et EG	Pourcentage des territoires locaux où est implanté un programme d'auto-gestion et de réadaptation (projet d'intervention systématique auprès des grands consommateurs MPOC)	N/A	N/A	N/A	N/A*	N/A**	*Objectif : Déposer le cadre de référence pour le diabète. Inventorier les programmes existants. **Résultat : Le cadre de référence est sur le point d'être déposé. Les programmes existants ont été inventoriés pour le volet diabète. D'autres maladies chroniques ciblées suivront.
1.09.40 PS et EG	Pourcentage de personnes ayant reçu un diagnostic de cancer disposant d'une infirmière pivot dans un délai de 48 heures	70 %	N/D	N/D	N/D*	N/D**	*Objectif : Élaborer un plan d'action afin d'améliorer l'accessibilité aux services. **Résultat : L'Agence est en attente des résultats du projet pilote provincial et des orientations du Ministère avant de mettre en place un système de suivi.
PS	Pourcentage d'établissements ayant un projet concret d'amélioration pour le continuum de soins et de services lutte contre le cancer	50 %	Voir commentaires		25 % (3/11)		Réalisation d'ateliers réflexifs pour identifier des projets. Un projet en élaboration.



## Orientation 2.2 Assurer un suivi interdisciplinaire et continu des clientèles ayant des besoins particuliers

### Axe d'intervention : Personnes atteintes de maladies chroniques ou de cancer

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2010-2011		2011-2012		Commentaires
			Objectif	Résultat	Objectif	Résultat	
PS	Atelier de formation continue offert aux médecins de famille, infirmières de GMF et pharmaciens communautaires (diabète, maladies pulmonaires ou cardiaques, santé mentale)	Atelier par RLS annuellement	3	6	8	9	À venir : CSSS Pierre-Boucher et CSSS Champlain.

## Orientation 2.2 Assurer un suivi interdisciplinaire et continu des clientèles ayant des besoins particuliers

### Axe d'intervention : Jeunes en difficulté, personnes atteintes de problèmes de santé mentale et personnes aux prises avec une dépendance

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2010-2011		2011-2012		Commentaires
			Objectif	Résultat	Objectif	Résultat	
1.06.10 PS et EG	Pourcentage de territoires locaux où un programme d'intervention en négligence reconnu efficace est offert	100 %	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rédiger la programmation régionale</li> <li>Préciser les étapes de déploiement</li> </ul>	N/D	Adopter la programmation régionale et les étapes de déploiement	Objectif atteint	Programmation régionale adoptée.
1.06.11 PS et EG	Pourcentage de territoires locaux où un programme d'intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu reconnu efficace est offert	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	La Montérégie a créé et implanté le programme CAFE en 1998.

## Orientation 2.2 Assurer un suivi interdisciplinaire et continu des clientèles ayant des besoins particuliers

Axe d'intervention : Jeunes en difficulté, personnes atteintes de problèmes de santé mentale et personnes aux prises avec une dépendance

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2010-2011		2011-2012		Commentaires
			Objectif	Résultat	Objectif	Résultat	
1.06.12 PS et EG	Nombre de déplacements vécus par l'enfant/jeune au cours d'une période de trois ans à compter de leur prise en charge	N/D	N/A	N/A	N/A	N/A	En attente des directives ministérielles.
1.06.13 PS	Durée moyenne des placements	N/D	N/A	N/A	N/A	N/A	En attente des directives ministérielles.
1.06.14 PS et EG	Taux de signalement suivant la fin de l'application des mesures en protection de la jeunesse	Diminution	N/D	N/D	N/D	N/D	Nouvel indicateur.
PS	Nombre d'usagers requérant des services de plus d'un établissement ayant un PSI (jeunes en difficulté)	N/D	N/A	N/A	N/A	N/A	En attente de la définition retenue par le MSSS. La Montérégie est prête à instaurer un mode de calcul des PSI.
1.07.05 PS et EG	Nombre de jeunes et d'adultes ayant reçu des services de première ligne, en toxicomanie et en jeu pathologique, offerts par les CSSS	Augmentation	N/A	N/A	N/A	N/A	Implantation en cours.

## Orientation 2.2 Assurer un suivi interdisciplinaire et continu des clientèles ayant des besoins particuliers

Axe d'intervention : Jeunes en difficulté, personnes atteintes de problèmes de santé mentale et personnes aux prises avec une dépendance

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2010-2011		2011-2012		Commentaires
1.08.05 PS et EG	Nombre de places en services de soutien d'intensité variable (SIV) dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services (santé mentale)	260*places (exclus les OC) Augmentation	1 438**	265 places (établis); places (O.C.) : N/D	1438***	273 places en établis. places en O.C. : N/D	<p>* 250 places / 100 000 adultes.</p> <p>** Engagements incluant les O.C.</p> <p>*** Cible 2015 (EGI 2012-2013) : 260 places excluant les OC.</p> <p>Le résultat du soutien d'intensité variable ne comprend pas les places assurées par les organismes communautaires. La consolidation des équipes rattachées aux organismes communautaires a permis aux 11 organismes concernés de rejoindre, en moyenne par période, un nombre de 599 usagers ayant requis plus de deux rencontres dans le cadre des ententes de services CSSS/Organismes communautaires. Pour leur part, les CSSS ont obtenu un résultat de 273 places en moyenne par période, soit une augmentation de 3 % et un taux d'atteinte de leur engagement de 107 %.</p>
1.08.06 PS et EG	Nombre de places en services de suivi intensif dans le milieu pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services (santé mentale)	700 places* augmentation	775	603	790	677	<p>* 100 places / 100 000 adultes.</p> <p>Pour le suivi intensif, malgré une augmentation de 12,3 % par rapport à l'année 2010-2011, l'objectif n'est pas atteint (86 %). Cette situation découle du fait que les établissements sont en processus continu de consolidation de leurs équipes et ainsi accroître leurs résultats.</p>

## Orientation 2.2 Assurer un suivi interdisciplinaire et continu des clientèles ayant des besoins particuliers

Axe d'intervention : Jeunes en difficulté, personnes atteintes de problèmes de santé mentale et personnes aux prises avec une dépendance

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2010-2011		2011-2012		Commentaires
1.08.09 PS et EG	Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de santé mentale de 1 <sup>re</sup> ligne en CSSS (mission CLSC) (projet régional d'optimisation)	À déterminer	11 844	12 256	12 256	13 409	L'accès aux services de 1 <sup>re</sup> ligne en santé mentale a été grandement amélioré en 2011-2012 et a permis à 13 409 personnes de recevoir des services de 1 <sup>re</sup> ligne, soit 1 153 personnes de plus qu'en 2010-2011, une augmentation de 9,4 %.
PS	Pourcentage de territoires ayant un projet d'amélioration dans les RLS pour le continuum de services santé mentale-jeunes	75 %	Démarche d'analyse et d'identification et des pistes d'action		20 %		
PS	Pourcentage de RLS offrant un accès à des services de crise (santé mentale)	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	

## Orientation 2.2 Assurer un suivi interdisciplinaire et continu des clientèles ayant des besoins particuliers

Axe d'intervention : Personnes ayant une déficience et leur famille

	Indicateur	2010-2015 Cible	2010-2011		2011-2012		Commentaires
			Objectif	Résultat	Objectif	Résultat	
1.55.04.01 PS et EG	Nombre de personnes ayant une déficience physique pour qui, dans l'année de référence, un plan de services individualisés (PSI) a été coordonné par l'établissement (CSSS)	N/D	N/A	N/A	N/A	N/A	En attente des directives ministérielles.



## Orientation 2.2 Assurer un suivi interdisciplinaire et continu des clientèles ayant des besoins particuliers

### Axe d'intervention : Personnes ayant une déficience et leur famille

	Indicateur	2010-2015 Cible	2010-2011		2011-2012		Commentaires
			Objectif	Résultat	Objectif	Résultat	
1.55.04.02 PS et EG	Nombre de personnes ayant une déficience physique pour qui, dans l'année de référence, un plan de services individualisés (PSI) a été coordonné par l'établissement (CRDP)	N/D	N/A	N/A	N/A	N/A	En attente des directives ministérielles.
PS	Pourcentage des établissements ayant implanté des trajectoires de services (déficience physique)	100 %	N/A	N/A	50 %	N/D	
PS	Taux de conformité des trajectoires locales aux trajectoires régionales (déficience physique)	N/D	N/A	N/A	N/D	N/D	
1.55.05.01 PS et EG	Nombre de personnes ayant une déficience intellectuelle et TED pour qui, dans l'année de référence, un plan de services individualisés (PSI) a été coordonné par l'établissement (CSSS)	N/D	N/A	N/A	N/A	N/A	En attente des directives ministérielles.
1.55.05.02 PS et EG	Nombre de personnes ayant une déficience intellectuelle et TED pour qui, dans l'année de référence, un plan de services individualisés (PSI) a été coordonné par l'établissement (CRDI)	N/D	N/A	N/A	N/A	N/A	En attente des directives ministérielles.
PS	Pourcentage des établissements ayant implanté des trajectoires de services (DI-TED)	100 %	N/D		20 %		

## Orientation 2.2 Assurer un suivi interdisciplinaire et continu des clientèles ayant des besoins particuliers

### Axe d'intervention : Personnes ayant une déficience et leur famille

	Indicateur	2010-2015 Cible	2010-2011		2011-2012		Commentaires
			Objectif	Résultat	Objectif	Résultat	
PS	Taux de conformité des trajectoires locales aux trajectoires régionales (DI-TED)	75 %	N/D		15 %		

### 5.2.3 Perte d'autonomie et vieillissement

L'Agence poursuit ses efforts afin d'accroître l'offre globale de soutien à domicile et de maintenir l'intensité des interventions. Ainsi, en 2011-2012, 26 842 personnes en perte d'autonomie ont reçu des services de soutien à domicile alors que le nombre moyen d'interventions par usager était 26,54 interventions.

#### *Proches aidants*

Selon le cadre régional d'allocation – Services de répit aux proches aidants, les CSSS ont convenu des ententes de service avec les organismes communautaires afin de rendre disponibles des services de répit aux proches aidants. En 2011-2012, 127 240 heures de répit à domicile ont été offertes par les organismes communautaires auprès de 700 personnes. De plus, 396 rencontres de halte-répît ont été effectuées pour à la clientèle (2000 présences). Pour sa part, l'organisme Baluchon Alzheimer a permis à 27 familles de bénéficier de 330 jours de « baluchonage »

#### *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les aînés 2010-2015*

Un Comité d'orientation a été mis sur pied afin de suivre les travaux de mise en œuvre du plan d'action gouvernemental. Le comité est composé de représentants des conférences régionales des élus (CRÉ) Montérégie Est et de l'agglomération de Longueuil, de la Table régionale des Aînés de la Montérégie (TRAM), du ministère de la Famille et des Aînés (MFA) et de l'Agence.

Une tournée a été effectuée à l'automne 2011 dans tous les CSSS auprès des responsables des Tables locales de concertation des aînés de la région (16) afin de mieux connaître l'état de situation des personnes aînées sur chaque territoire. De plus, un inventaire des ressources offrant des services en maltraitance a été réalisé au cours de la même période.



### Orientation 2.3 : Répondre aux besoins d'une population vieillissante

#### Axe d'intervention : Réseaux de services intégrés

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2010-2011		2011-2012		Commentaires
			Objectif	Résultat	Objectif	Résultat	
1.03.06 PS et EG	Degré moyen d'implantation des RSIPA dans les réseaux locaux de services	70 %	54 %	60 %	62 %	67 %	Le résultat régional a dépassé l'objectif de 5,26 %

### Orientation 2.3 : Répondre aux besoins d'une population vieillissante

#### Axe d'intervention : Adaptation des services

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2010-2011		2011-2012		Commentaires
			Objectif	Résultat	Objectif	Résultat	
1.03.07 PS	Pourcentage des centres hospitaliers ayant mis en place la majorité des composantes reliées à l'implantation de l'approche adaptée à la personne âgée en centre hospitalier	60 % des centres hospitaliers	N/D	N/D	N/D	N/D	Les données ne seront disponibles qu'à partir de la période 3 de l'année 2012-2013.
1.03.09 PS	Pourcentage des centres hospitaliers ayant mis en place la majorité des préalables reliés à l'implantation de l'approche adaptée à la personne âgée en centre hospitalier	100 %	N/A	N/A	90 %	90 %	Le résultat régional a atteint l'objectif de 90 % fixé en 2011-12.
PS	Pourcentage de centres hospitaliers ayant un projet concret d'amélioration visant l'utilisation de l'urgence par les personnes de 75 ans et plus	50 %	10 % (2/11)	20 %	20 % (3/11)	100 %	L'objectif est dépassé à 100 %. Tous les hôpitaux ont un projet concret d'amélioration de l'utilisation de l'urgence par les personnes de 75 ans et plus qui s'actualisera par la mise en œuvre du plan régional d'implantation de l'Approche adaptée aux personnes âgées (AAPA).

## Orientation 2.3 : Répondre aux besoins d'une population vieillissante

### Axe d'intervention : Adaptation des services

PS	Nombre de centres hospitaliers ayant un programme de maintien de la mobilité fonctionnelle et de la réduction des effets de delirium lors des épisodes de soins	100 %	20 %	90 %	40 %	90 %	L'objectif est dépassé à 90 %. Tous les centres hospitaliers ont des programmes de maintien de la mobilité fonctionnelle et de la réduction des effets du delirium. Neuf centres sur dix appliquent systématiquement les programmes de maintien de la mobilité lors des épisodes de soins. Par la mise en œuvre du plan régional d'implantation de l'AAPA, tous devront appliquer ces différents programmes lors des épisodes de soins.
----	---	-------	------	------	------	------	---

### 5.2.4 Hébergement pour les personnes en perte d'autonomie

#### *Politique régionale des mécanismes d'accès à l'hébergement*

À la suite de l'adoption, en novembre 2010, de la Politique régionale des mécanismes d'accès à l'hébergement pour les personnes adultes et âgées en perte d'autonomie, l'Agence a convié chacun des CSSS à présenter sa propre politique locale d'hébergement.

#### *Liste d'attente en centres d'hébergement et en ressources non institutionnelles*

En mars dernier, l'Agence a entrepris l'épuration de sa liste d'attente en hébergement. Chaque CSSS a été sollicité pour collaborer à la mise à jour des demandes d'hébergement qui devrait être complétée au cours de la prochaine année.

#### *Développement de places de CHSLD en mode partenariat public-privé*

Le ministère de la Santé et des Services sociaux a donné son aval pour poursuivre le développement de projets de CHSLD en Montérégie en mode partenariat public-privé (PPP), comme la réalisation du CHSLD St-Lambert-sur-le-Golf de 200 lits, ouvert en octobre 2010. Les projets en mode PPP qui nous concernent totalisent 198 places, réparties dans les territoires du CSSS Jardins-Roussillon, du CSSS de la Haute-Yamaska et du CSSS Haut-Richelieu-Rouville.

#### *Développement de places en ressources alternatives à l'hébergement institutionnel et en récupération fonctionnelle*

Dans le cadre du *Plan de services intégrés pour les personnes âgées 2011-2013*, le MSSS a consenti des investissements totalisant 33 925 000 \$ en Montérégie pour le développement de 815 places permanentes en alternative à l'hébergement institutionnel et 91 places en récupération fonctionnelle. Les investissements annoncés viennent soutenir notre planification stratégique en permettant de poursuivre nos actions dans le développement de formules résidentielles et adaptées aux be-

soins des personnes âgées ayant des incapacités significatives et persistantes en Montérégie.

Ces investissements permettront d'augmenter le nombre de places disponibles pour les personnes âgées et ils contribueront à l'optimisation du continuum de services Perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV) de manière à :

- permettre à la clientèle adulte hébergée ou en attente d'une place en CHSLD de bénéficier d'alternatives viables à l'hébergement institutionnel et de conserver les lits libérés en CHSLD pour la clientèle âgée en plus grande perte d'autonomie;
- assurer une plus grande homogénéité de la clientèle en centre d'hébergement (CHSLD) et en ressource intermédiaire (RI);
- réduire de façon durable le nombre de lits de courte durée occupés par la clientèle en fin de soins actifs qui est en attente de places en CHSLD, en RI ou d'autres services.

En 2011-2012, la mise en œuvre du plan aura permis de développer 191 places permanentes en alternative à l'hébergement institutionnel, majoritairement pour la clientèle personnes âgées, ainsi que des places pour les clientèles adultes ayant une déficience physique, ou une déficience intellectuelle ou une problématique de santé mentale. Ces nouvelles places permettront d'améliorer l'accès aux ressources d'hébergement et de réduire le temps d'attente pour une place d'hébergement en ressource intermédiaire.

Un plan de mesures transitoires aura aussi permis la mise en œuvre de places en ressources temporaires d'hébergement, dont l'objectif est de pallier à la disponibilité des places permanentes à développer par les établissements de la Montérégie.

#### *Mise en œuvre de la Loi 49*

(Loi sur la représentation des ressources de type familial et de certaines ressources intermédiaires et sur le régime de négociation d'une entente collective les concernant et modifiant diverses dispositions législatives ([LRR].)

Le secteur perte d'autonomie et vieillissement (PAV) de l'Agence est responsable du dossier hébergement en ressources intermédiaires et ressources de type familial (RI-RTF) pour l'ensemble des programmes-clientèles des CSSS incluant ceux des établissements régionaux. L'Agence ainsi que les établissements du réseau ont été particulièrement mobilisés pour l'organisation de la mise en œuvre de la LRR en participant à différentes activités de déploiement (ex. : formation sur le cadre de référence, comités de travail, etc.) parallèlement à un exercice majeur de reclassification de plus de 5 000 usagers hébergés en Montérégie avec le nouvel outil de détermination et de classification des services de soutien ou d'assistance attendus des ressources RI-RTF.

#### *Unités transitoires de récupération fonctionnelle (UTRF)*

Le programme UTRF s'adresse aux personnes âgées vulnérables qui, à la suite d'un séjour en milieu hospitalier, présentent des incapacités fonctionnelles qui compromettent leur retour sécuritaire à domicile. L'UTRF a pour objectifs d'offrir des soins adaptés et des services de réadaptation à ces personnes afin de leur permettre de recouvrer un potentiel d'autonomie suffisant pour envisager un retour à domicile ou pour accéder à un type d'hébergement mieux adapté à leur condition. En Montérégie, nos UTRF regroupent à la fois des services de réadaptation pour ces clientèles en plus d'offrir des services complémentaires d'évaluation, d'orientation et d'intervention par le développement de places de type EIO (évaluation-intervention-orientation).

En 2011-12, 60 places additionnelles furent développées en UTRF par la mise en œuvre du *Plan de services intégrés pour les personnes âgées 2011-2013*. Avec cet ajout, la Montérégie compte 192 places réparties dans 12 installations. Au cours de l'année 2011-12, le programme UTRF a desservi 264 usagers de plus qu'en 2010-11, soit un total de 1 414 usagers par rapport à 1 150 usagers l'année précédente.

#### Orientation 2.4 : Favoriser le soutien à domicile des personnes ayant des incapacités

##### Axe d'intervention : Services de soutien à domicile

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2010-2011		2011-2012		Commentaires
			Objectif	Résultat	Objectif	Résultat	
1.09.05.01 PS et SG	Nombre total d'heures de services de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services (CSSS – mission (100) pour les clients des programmes PAU, DP, DP et TEU)	1 464 349* (optimisation) 1 260 080 plus de développement 101-112 annuel (77 352)	1 260 903	1 246 256	1 318 493 (optimisation) 118 314 plus de développement 101-112 débourne (pour programmes PAU)	1 487 543	Le résultat régional a dépassé l'objectif de 12,8%.
PS	Pourcentage de territoires locaux ayant adopté des critères d'accès harmonisés en matière de SAD	100 %	Voir commentaires		30 %		Réaliser les travaux pour préciser l'offre de service en aide à domicile et l'échelle des délais maximaux d'attente et du niveau minimal des services d'aide à domicile. Le projet est en attente des nouvelles orientations du MSSS avant sa mise en place.
PS	Pourcentage de CSSS utilisant le projet (projet régional d'optimisation)	90 %	55 %		60 %	63 %	

## Orientation 2.4 : Favoriser le soutien à domicile des personnes ayant des incapacités

Axe d'intervention : Services de soutien à domicile

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2010-2011		2011-2012		Commentaires
			Objectif	Résultat	Objectif	Résultat	
PS	Pourcentage d'établissements régionaux utilisant le progiciel (projet régional d'optimisation)	75 % du SAD	20 %		40 %		

## Orientation 2.4 : Favoriser le soutien à domicile des personnes ayant des incapacités

Axe d'intervention : Diversification des milieux de vie

	Indicateur	2010-2015 Cible	2010-2011		2011-2012		Commentaires
			Objectif	Résultat	Objectif	Résultat	
1.03.08 PS et EG	Nombre de places en ressources résidentielles de proximité – Déficiences physiques	Augmentation	N/A	N/A	22	38	
1.03.08 PS et EG	Nombre de places en ressources résidentielles de proximité – Déficiences intellectuelle et TED	Augmentation	N/A	N/A	1 568	1 712	
1.03.08 PS	Nombre de places en ressources résidentielles de proximité – Jeunes en difficulté	Augmentation	N/A	N/A	N/D	1 789	
1.03.08 PS	Nombre de places en ressources résidentielles de proximité – Dépendances	Augmentation	N/A	N/A	N/D	19	
1.03.08 PS et EG	Nombre de places en ressources résidentielles de proximité – Santé mentale	Augmentation	N/A	N/A	801	773	



## Orientation 2.4 : Favoriser le soutien à domicile des personnes ayant des incapacités

### Axe d'intervention : Diversification des milieux de vie

	Indicateur	2010-2015 Cible	2010-2011		2011-2012		Commentaires
			Objectif	Résultat	Objectif	Résultat	
1.03.08 PS	Nombre de places en ressources résidentielles de proximité – <b>Santé physique</b>	Augmentation	N/A	N/A	N/D	78	
1.03.08 PS et EG	Nombre de places en ressources résidentielles de proximité – <b>Perte d'autonomie liée au vieillissement</b>	Augmentation	N/A	N/A	1 294	2 015	



## ENJEU 3

### LA REDUCTION DES DELAIS POUR L'ACCES AUX SERVICES

#### 5.3.1 Les services aux personnes présentant une déficience

L'année 2011-2012 s'est avérée une année de consolidation des travaux mis en œuvre depuis la parution, en juin 2008, du *Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience*. L'Agence s'est par ailleurs engagée à la poursuite de l'implantation de ce plan par l'adoption d'un *Plan régional d'amélioration de l'accès et de la continuité (PRAAC)* pour les années 2012-2015.

##### *Déficience physique*

Dans le cadre de la poursuite de l'implantation du *Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience*, l'Agence a assuré, en collaboration avec les partenaires du réseau, un suivi rigoureux des standards d'accès aux services. À ce titre, les établissements montérégiens ont amélioré de façon notable (soit près de 20 % en ce qui a trait à l'indicateur 1.45.04.01 « toutes priorités – CSSS » et de près de 10 % l'indicateur 1.45.04.05 « toutes priorités CRDP ») leur performance au cours de la dernière année et, ce faisant, permettent à un plus grand nombre de personnes de bénéficier des services de 1<sup>re</sup> et de 2<sup>e</sup> ligne dans un délai raisonnable.

Les travaux entrepris dans le cadre du *Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience* ont permis d'élaborer, avec l'aide des partenaires, la mise en place d'indicateurs

régionaux ainsi que des trajectoires de services locales, et ce, pour l'ensemble du continuum en déficience physique. Des travaux de concertation interrégionale ont été effectués, notamment avec le consortium interrégional de l'ouest ainsi qu'avec le consortium de l'Estrie (réf. : blessés médullaires). En ce qui concerne les travaux régionaux, mentionnons ceux du Consortium de la Montérégie pour la clientèle adulte victime d'un traumatisme craniocérébral (TCC) modéré ou grave ainsi que les travaux en lien avec l'organisation régionale du continuum de soins et services de l'AVC.

Parallèlement à ces travaux, l'Agence a poursuivi la réorganisation des services de réadaptation afin d'assurer une continuité au niveau des besoins de la population en cette matière. Ainsi, depuis avril 2011, six nouveaux lits en unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) ont été développés.

##### *Déficience intellectuelle*

Tout comme pour le programme déficience physique, la poursuite de l'implantation du plan d'accès a marqué l'année 2011-2012 pour le programme Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement (DI-TED). Sur le plan de la performance, les résultats globaux en CSSS (1.45.05.01) du taux de respect des délais d'accès en DI-TED démontrent une amélioration notable par rapport à l'année précédente. Les efforts consentis à cette priorité ont permis de :

- finaliser la rédaction d'un cadre de référence régional pour le développement d'un réseau intégré de services DI-TED;

- poursuivre la consolidation des cliniques d'évaluation des troubles envahissants du développement (CÉTED);
- d'amorcer des travaux visant la mesure du taux de conformité entre les trajectoires locales et la trajectoire régionale.

### Orientation 3.1 : Assurer l'accès aux services dans les délais acceptables

#### Axe d'intervention : Services sociaux et de réadaptation

	Indicateur	2010-2015 Cible	2010-2011		2011-2012		Commentaires
			Objectif	Résultat	Objectif	Résultat	
1.07.04 PS et EG	Pourcentage des personnes qui sont évaluées en dépendance en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins	55 %	N/A	N/A	57 %	52 %	Le nouveau modèle d'évaluation GAIN (Global appraisal individual need) est en cours de déploiement, ce qui permettra l'atteinte de l'engagement régional pour l'année 2012-2013.
1.45.04.01 PS	Taux des demandes de services traitées, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique (toutes priorités - CSSS)	90 %	75 %	66 %	75 %	85 %	
1.45.04.02 PS et EG	Taux des demandes de services traitées, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique (urgent - CSSS)	90 %	75 %	54 %	90 %	68 %	
1.45.04.03 PS	Taux des demandes de services traitées, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique (élevé - CSSS)	90 %	75 %	70 %	90 %	87 %	

### Orientation 3.1 : Assurer l'accès aux services dans les délais acceptables

#### Axe d'intervention : Services sociaux et de réadaptation

	Indicateur	2010-2015 Cible	2010-2011		2011-2012		Commentaires
			Objectif	Résultat	Objectif	Résultat	
1.45.04.04 PS	Taux des demandes de services traitées, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique (modéré - CSSS)	90 %	N/A	N/A	75 %	92 % *	*Résultat de 7 CSSS /11.
1.45.04.05 PS	Taux des demandes de services traitées, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique (toutes priorités - CRDP)	90 %	75 %	89 %	75 %	98 %	
1.45.04.06 PS	Taux des demandes de services traitées, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique (urgent - CRDP)	90 %	75 %	N/A	90 %	0%*	*Deux demandes urgentes ont été répertoriées dans toute la Montérégie, non traitées selon les délais requis (3 jours). Rappelons qu'il s'agit ici d'une erreur de saisie en lien avec la priorisation de la demande (réf. : usager de priorité élevée) et que les usagers ont été desservis en 6 jours.
1.45.04.07 PS	Taux des demandes de services traitées, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique (élevé - CRDP)	90 %	75 %	88 %	90 %	97 %	

### Orientation 3.1 : Assurer l'accès aux services dans les délais acceptables

#### Axe d'intervention : Services sociaux et de réadaptation

	Indicateur	2010-2015 Cible	2010-2011		2011-2012		Commentaires
			Objectif	Résultat	Objectif	Résultat	
1.45.04.08 PS	Taux des demandes de services traitées, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique (modéré - CRDP)	90 %	75 %	100 %	75 %	100 %	
1.45.45.02 PS et EG	Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du Plan d'accès (toutes déficiences, tous âges, URGENT)	90 %	75 %	54 %	90 %	69 %	Bien que l'objectif ne fut pas atteint, on constate une amélioration du résultat de cette année par rapport à l'année précédente.
1.45.45.03 PS et EG	Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du Plan d'accès (toutes déficiences, tous âges, ÉLEVÉ)	90 %	N/A	83.7 %	90 %	95 %	
1.45.45.04 PS et EG	Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du Plan d'accès (toutes déficiences, tous âges, MODÉRÉ)	90 %	N/A	100 %	75 %	94 %	
1.45.05.01 PS	Taux des demandes de services traitées, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED (toutes priorités - CSSS)	90 %	75 %	60 %	75 %	86 %	



### Orientation 3.1 : Assurer l'accès aux services dans les délais acceptables

#### Axe d'intervention : Services sociaux et de réadaptation

	Indicateur	2010-2015 Cible	2010-2011		2011-2012		Commentaires
			Objectif	Résultat	Objectif	Résultat	
1.45.05.02 PS	Taux des demandes de services traitées, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED (urgent - CSSS)	90 %	75 %	46 %	90 %	79 %	
1.45.05.03 PS	Taux des demandes de services traitées, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED (élevé - CSSS)	90 %	75 %	62 %	90 %	82 %	
1.45.05.04 PS	Taux des demandes de services traitées, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED (modéré - CSSS)	90 %	N/A	N/A	75 %	91 %	
1.45.05.05 PS	Taux des demandes de services traitées, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED (toutes priorités - CRDI)	90 %	75 %	78 %	75 %	80 %	

### Orientation 3.1 : Assurer l'accès aux services dans les délais acceptables

#### Axe d'intervention : Services sociaux et de réadaptation

	Indicateur	2010-2015 Cible	2010-2011		2011-2012		Commentaires
			Objectif	Résultat	Objectif	Résultat	
1.45.05.06 PS	Taux des demandes de services traitées, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED (urgent - CRDI)	90 %	75 %	67 %	90 %	100 %	
1.45.05.07 PS	Taux des demandes de services traitées, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED (élevé - CRDI)	90 %	75 %	70 %	90 %	94 %	
1.45.05.08 PS	Taux des demandes de services traitées, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED (modéré - CRDI)	90 %	75 %	100 %	75 %	77 %	



### 5.3.2 Les services de médecine et de chirurgie

#### *Santé physique*

Globalement, les actions réalisées dans le cadre de la coordination régionale des urgences ont contribué à l'amélioration des indicateurs. De plus, nous observons une amélioration chez la majorité des patients en fin de soins actifs occupant des lits de courte durée. Un développement de douze lits en maison de soins palliatifs ainsi qu'un projet de partenariat avec SSPAD (Société de soins palliatifs à domicile) ont permis de rehausser l'offre de service en soins palliatifs.

#### *Maladies chroniques, VIH-VHC et suppléance rénale*

Les documents *Plan d'action régional en suppléance rénale* et *La mise en place d'équipes interdisciplinaires spécialisées dans le traitement et le suivi des personnes infectées par le VIH et le VHC* ont été adoptés au CA de l'Agence en 2011. Depuis lors, un appel de projets pour le VIH-VHC a été réalisé auprès des établissements en vue de mettre en place un projet pilote. Plusieurs candidatures ont eu cours et c'est le CSSS Champlain—Charles—Le Moyne qui s'est démarqué des autres établissements et a finalement obtenu le financement complémentaire nécessaire à la mise en place du projet qui est actuellement en cours dans cet établissement.

En maladies chroniques, un cadre de référence a été élaboré. Ce plan comprend une trajectoire permettant de faciliter le cheminement du patient tout au long de sa maladie. En plus de recommander la mise en place d'une gouvernance en maladies chroniques, il souligne l'importance de la collaboration entre les différents pourvoyeurs de services de tout le continuum. La période de consultation s'est terminée le 6 juin dernier et le dépôt au CA prévu pour l'automne.

#### *Néonatalogie*

Un plan d'action régional a été adopté au conseil d'administration de l'Agence en 2011. Depuis lors, des démarches ont été entreprises pour implanter certaines actions de ce plan, particulièrement l'achat d'équipement et les actions afférentes au rehaussement des ressources humaines. Un établissement est en processus pour passer à un niveau supérieur de services afin de desservir les autres établissements de la région et permettre ainsi une certaine autonomie régionale.

#### *Douleur chronique*

Les problèmes de douleur chronique étant de plus en plus présents au sein de la population (près de 18 % de la population), l'Agence, sous l'égide du MSSS et des RUIS, s'est donnée comme objectif d'organiser les services en douleur chronique afin de mieux répondre aux besoins de la population. La première étape a consisté à effectuer un état de situation permettant de répertorier les services déjà existants. La deuxième a été de contacter tous les établissements afin d'évaluer avec eux leur capacité à contribuer à l'offre de services régionale. Un modèle hiérarchisé de services intégrés est actuellement en cours d'élaboration et une demande de subvention a été déposée auprès du Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ) —Pfizer.

#### *Biologie médicale*

La structure de gouvernance régionale du réseau de services de biologie médicale a été mise en place par la création de la Table des chefs médicaux de départements de biologie médicale et le comité de coordination du réseau, le 21 février dernier. Un plan directeur intégré du réseau est en cours d'élaboration. Finalement, une équipe de gestion de projet a été mise en place, à l'Agence, en vue de soutenir les activités du réseau.

**Tableau 14**  
**Production chirurgicale**

Intervention	2011-2012	2010-2011	Variation	Variation
Arthroplasties de la hanche (PTH)	828	773	55	7 %
Arthroplasties du genou (PTG)	1 418	1 162	256	22 %
Cataractes	15 050	15 295	- 245	-2 %
Chirurgies d'un jour (excluant les cataractes)	35 161	32 318	2 843	9 %
Chirurgies avec hospitalisation (excluant PTH et PTG)	24 409	23 329	1 080	5 %
<b>TOTAL</b>	<b>76 866</b>	<b>72 877</b>	<b>3 989</b>	<b>5 %</b>

**Orientation 3.1 : Assurer l'accès aux services dans les délais acceptables**

**Axe d'intervention : Médecine et chirurgie**

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2010-2011		2011-2012		Commentaires
			Objectif	Résultat	Objectif	Résultat	
1.09.07 PS et EG	Pourcentage de patients traités à l'intérieur d'un délai de 28 jours en radio-oncologie	90 %	N/A	N/A	Mise en fonction du programme	96 %	
1.09.08 A PS et EG	Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en hémodynamie - Catégorie A moins de 2 semaines	100 %	100 %	99,58 %	99,75 %	99,33 %	
1.09.08 B PS et EG	Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en hémodynamie - Catégorie B de 2 semaines à 2 mois	90 %	90 %	99,77 %	90 %	99,55 %	

### Orientation 3.1 : Assurer l'accès aux services dans les délais acceptables

#### Axe d'intervention : Médecine et chirurgie

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2010-2011		2011-2012		Commentaires
			Objectif	Résultat	Objectif	Résultat	
1.09.09 A EG	Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en chirurgie cardiaque - Catégorie A		N/A	N/A	N/A	N/A	
1.09.09 B EG	Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en chirurgie cardiaque - Catégorie B		N/A	N/A	N/A	N/A	
1.09.10 A EG	Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en électrophysiologie - Catégorie A		N/A	N/A	N/A	N/A	
1.09.10 B EG	Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en électrophysiologie - Catégorie B		N/A	N/A	N/A	N/A	
1.09.20.01 PS et EG	Pourcentage de demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une arthroplastie totale de la hanche	90 %	90 %	84 %	88 %	85 %	Depuis plus de deux ans, nous assistons à une hausse de la demande d'arthroplasties totales de la hanche et du genou. L'augmentation est encore plus marquée pour les chirurgies du genou. Plusieurs établissements parviennent malgré tout très bien à répondre à la demande bien que certains doivent s'ajuster et revoir leur pratique. L'Agence travaille avec ces derniers qui sont à mettre en place des plans d'action leur permettant d'opérer les patients nécessitant ces chirurgies dans un délai maximal de 6 mois.

### Orientation 3.1 : Assurer l'accès aux services dans les délais acceptables

#### Axe d'intervention : Médecine et chirurgie

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2010-2011		2011-2012		Commentaires
			Objectif	Résultat	Objectif	Résultat	
1.09.20.02 PS et EG	Pourcentage de demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une arthroplastie totale du genou	90 %	90 %	81 %	87 %	74 %	Même commentaire que l'indicateur précédent.
1.09.20.03 PS et EG	Pourcentage de demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie de la cataracte	90 %	90 %	99 %	90 %	98 %	
1.09.20.04 PS et EG	Pourcentage de demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie d'un jour	90 %	90 %	92 %	90 %	92 %	
1.09.20.05 PS et EG	Pourcentage de demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie avec hospitalisation	90 %	90 %	95 %	90 %	93 %	
1.09.33 PS et EG	Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur à 28 jours (de calendrier)	90 %	60,23 % Sensibiliser les établissements à procéder à la collecte de l'information	59 %	70 %	60 %	Les établissements sont mobilisés dans le but d'atteindre progressivement la cible prévue de 90 % pour l'année 2014-2015.
PS	Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour autres chirurgies	90 %	N/A	N/A	N/A	N/A	

### Orientation 3.1 : Assurer l'accès aux services dans les délais acceptables

#### Axe d'intervention : Médecine et chirurgie

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2010-2011		2011-2012		Commentaires
			Objectif	Résultat	Objectif	Résultat	
PS	Nombre global de chirurgies effectuées dans la région (utilisation optimale des plateaux techniques et opératoires)	Augmentation					
PS	Pourcentage de CH participant au projet de prise en charge rapide et de détection précoce des infarctus du myocarde	100 %	20 % (2/10)	20 % (2/10)	60 % (6/10)	80 % (8/10)	

#### Coordination des urgences

Globalement, tous les indicateurs se sont améliorés malgré l'augmentation du nombre de visites totales et du nombre d'ambulances. Cette amélioration se retrouve aussi dans la moyenne quotidienne de personnes en fin de soins actifs présents dans les lits de courte durée. Trois établissements poursuivent leur effort et leur amélioration remarquable alors que les autres CSSS ont identifié leur piste d'amélioration.

Un plan d'action 2011-2013 interdirection de l'Agence est mis en place afin de coordonner les activités régionales. Des rencontres avec le Comité de coordination ministériel des mesures de désencombrement des urgences (CMCDU) ont eu lieu deux fois. Deux établissements ont été visités conjointement par le CMCDU et l'équipe de l'Agence. De plus, des conférences téléphoniques avec les établissements problématiques (pour une journée donnée) se sont poursuivies au besoin.



### Orientation 3.1 : Assurer l'accès aux services dans les délais acceptables

#### Axe d'intervention : Urgences

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2010-2011		2011-2012		Commentaires
			Objectif	Résultat	Objectif	Résultat	
1.09.01 PS Et EG	Séjour moyen sur civière (durée)	12 heures ou moins	15,50 heures	19,73	12 heures ou moins	18,06	On note une amélioration significative et constante des indicateurs. Les établissements ont mis plusieurs initiatives en place, notamment une meilleure gestion de l'épisode des soins tant à l'urgence que sur les unités d'hospitalisation, la poursuite de l'implantation de l'approche adaptée à la personne âgée ainsi que l'amélioration des liens avec les services de première ligne (soins à domicile et première ligne médicale). Cependant, certaines difficultés liées aux épisodes d'infections nosocomiales et au défi de la relève médicale en première ligne demeurent des défis à l'atteinte des engagements.
1.09.03 PS et EG	Pourcentage de séjours de 48 heures et plus sur civière	0 %	4,3 %	7 %	0 %	5,5 %	Même commentaire que l'indicateur 1.09.01.
1.09.31 PS et EG	Pourcentage de séjours de 24 heures et plus sur civière	Au plus 15 % des séjours	N/A	32 %	15 %	28 %	Même commentaire que l'indicateur 1.09.01.
PS	Définition des dessertes ambulancières et des critères d'orientation	100 %	30 %	N/D	40%	50 %	



### Orientation 3.1 : Assurer l'accès aux services dans les délais acceptables

#### Axe d'intervention : Urgences

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2010-2011		2011-2012		Commentaires
			Objectif	Résultat	Objectif	Résultat	
4.01.01 EG	Nombre moyen de patients par CH en processus ou en attente d'évaluation/orientation vers la longue durée ou vers les lits posthospitaliers et occupant des lits de courte durée		3	6,3	3	4,1	Pour le nombre moyen de patients par centre hospitalier en processus ou en attente d'évaluation/orientation vers la longue durée ou vers les lits posthospitaliers et occupant des lits de courte durée (CD), le résultat de 2011-2012 s'est amélioré par rapport à 2010-2011, reflétant les progrès du processus mis en place par les CSSS.
4.01.02 EG	Nombre moyen de patients en attente de services de soins palliatifs occupant des lits de courte durée		3	2,7	3	0,9	Cet indicateur dépasse l'objectif et va au-delà des attentes.
4.01.03 EG	Nombre moyen de patients en attente de convalescence occupant des lits de courte durée		3	1,5	3	1,8	Cet indicateur dépasse l'objectif et va au-delà des attentes.
4.01.04 EG	Nombre moyen de patients en attente de réadaptation occupant des lits de courte durée		3	2	3	1,8	Cet indicateur dépasse l'objectif et va au-delà des attentes.
4.01.05 EG	Nombre moyen de patients en attente de centre d'hébergement et de soins de longue durée occupant des lits de courte durée, excluant la santé mentale		3	6,4	3	6,4	
4.01.06 EG	Nombre moyen de patients en attente de ressources non institutionnelles (RNI) occupant des lits de courte durée, excluant la santé mentale		3	1,6	3	1,3	Cet indicateur dépasse l'objectif et va au-delà des attentes.

### Orientation 3.1 : Assurer l'accès aux services dans les délais acceptables

#### Axe d'intervention : Urgences

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2010-2011		2011-2012		Commentaires
			Objectif	Résultat	Objectif	Résultat	
4.01.07 EG	Nombre moyen de patients en attente d'hébergement longue durée en santé mentale occupant des lits de courte durée		3	1,6	3	1,4	Cet indicateur dépasse l'objectif et va au-delà des attentes. Pour le nombre moyen de patients en attente de centre d'hébergement et de soins de longue durée, occupant des lits de courte durée, excluant la santé mentale, le résultat est au-dessus de l'objectif. Il en va de même pour le taux de déclaration des 75 ans et plus en hébergement à partir du centre hospitalier. Des pistes de solutions et d'améliorations sont à l'étude.
4.01.08 EG	Taux de déclaration en hébergement à partir du CHSGS des 75 ans et plus		4,99 %	7,03	4,99	6,71	Même commentaire que l'indicateur précédent.

### 5.3.3 Santé mentale

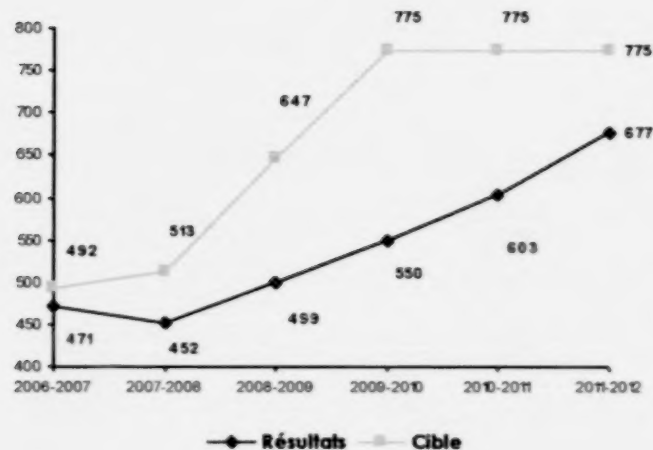
On constate, à la lumière des résultats de l'année 2011-2012, que les efforts déployés ont permis certaines améliorations. Le défi de notre offre de service en santé mentale demeure le développement des services de suivi intensif offerts par les CSSS et ceux du suivi d'intensité variable offert par les organismes communautaires.

En ce qui a trait au suivi intensif pour des adultes ayant des troubles mentaux graves, on note une progression constante au cours des 5 dernières années avec un résultat de 677 en

2011-2012, soit une augmentation de 12,2 % par rapport à l'année précédente. Cette situation découle du fait que malgré que les établissements soient en processus continu pour consolider leurs équipes et accroître leurs résultats, certains d'entre eux éprouvent encore des problèmes en raison de la difficulté à remplacer les intervenants et de la rétention de personnel, mais aussi au peu de psychiatres dédiés à l'équipe.

## Graphique 2

Nombre de places en services de suivi intensif dans le milieu pour des adultes de 18 ans et plus ayant des troubles mentaux graves



En ce qui concerne le soutien d'intensité variable, la consolidation des équipes en support aux organismes communautaires (OC) a permis aux 11 organismes concernés de rejoindre, en moyenne par période, un nombre de 599 usagers. Pour leur part, les CSSS ont obtenu un résultat de 273 places en moyenne par période, soit une augmentation de 3 % et un taux d'atteinte de leur engagement de 107 %.

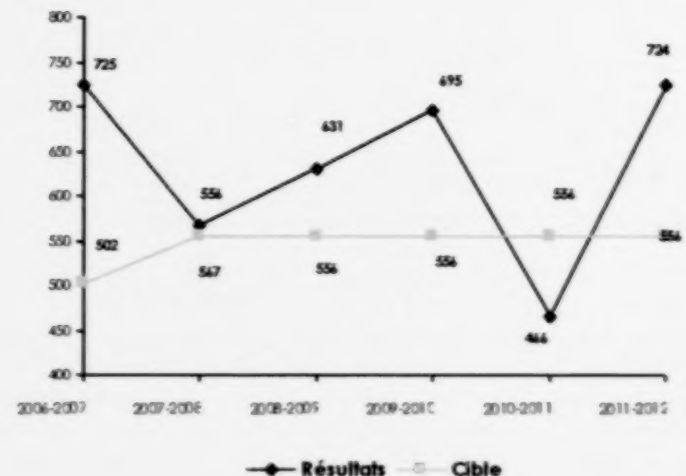
On note une amélioration en ce qui concerne le séjour moyen sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale. La durée moyenne de séjour est passée de 18 à 17 heures, soit une diminution de près de 6 %. Ainsi, bien que l'objectif de 16 heures

n'ait pas été atteint, les efforts déployés par les établissements ont eu des impacts tangibles pour les patients.

Par ailleurs, en ce qui concerne le nombre d'usagers dont le délai d'accès aux services de 2<sup>e</sup> et de 3<sup>e</sup> ligne en santé mentale est supérieur à 60 jours, l'objectif de 556 usagers a été dépassé de 30 %. En effet, on constate une augmentation de 258 usagers dont le délai d'accès est supérieur à 60 jours, par rapport aux résultats de l'année 2010-2011.

## Graphique 3

Nombre d'usagers dont le délai d'accès aux services de 2<sup>e</sup> ou de 3<sup>e</sup> ligne en santé mentale est supérieur à 60 jours



Des réalisations visant l'amélioration des services et des pratiques dans le domaine de la santé mentale ont été supportées par l'Agence :

- L'organisation d'un atelier avec l'équipe de santé mentale du MSSS pour présenter les orientations relatives à l'organisation des soins et des services offerts par les équipes de santé mentale de 1<sup>re</sup> ligne adulte pour les gestionnaires du réseau et les médecins;
- La mise en place de psychiatres répondants pour supporter la 1<sup>re</sup> ligne;
- La consolidation du poste de conseiller clinique spécialisé régional en santé mentale jeune;
- Les visites de plusieurs CSSS afin de soutenir les plans d'action locaux visant l'amélioration de l'offre de service en santé mentale;
- Le soutien des organismes dans la consolidation des services de suivi d'intensité variable grâce à la tenue d'une séance de formation de trois jours, animée par les conseillers du Centre national d'excellence en santé mentale (CNESM), à laquelle ont participé quarante intervenants du réseau de la santé (CSSS et organismes communautaires);
- L'organisation d'une journée de formation sur le suivi intensif pour les intervenants de la Montérégie offerte par le CSSS Haut-Richelieu-Rouville qui bénéficie d'une équipe-école en suivi intensif;
- La collaboration étroite avec l'équipe du MSSS dans le cadre de la diffusion et de l'implantation du Guide des bonnes pratiques à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux en prévention du suicide;
- Le démarrage régional de l'implantation des guides de pratiques en prévention du suicide par l'organisation de 10 ateliers pour 180 gestionnaires et la formation AQPS (Association québécoise de prévention du suicide) de 3 jours pour 350 intervenants du réseau.

### Orientation 3.1 : Assurer l'accès aux services dans les délais acceptables

#### Axe d'intervention : Références aux services médicaux spécialisés

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2010-2011		2011-2012		Commentaires
			Objectif	Résultat	Objectif	Résultat	
1.09.38 PS et EG	Pourcentage des CSSS ayant mis en place un mécanisme d'accès aux services diagnostiques et aux médecins spécialistes pour les personnes présentant des conditions cliniques de nature subaiguë ou semi-urgente et référées par un médecin de famille (PASS)	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	
PS	Pourcentage d'établissements visés par des ententes formelles avec les différents RUIS en fonction des critères d'accessibilité, de continuité et en prenant en compte les corridors traditionnels	100 %	N/D	N/D	60 %	27 % (3/11) (3 ententes signées)	De nombreuses ententes non formelles (non signées) sont en vigueur. Un comité de vigie de la table des DSP a été mis sur pied afin de formaliser les ententes de services en 2011-2012.
PS	Atelier de formation continue offert aux médecins de famille, infirmières de GMF et pharmaciens communautaires (diabète, maladies pulmonaires ou cardiaques, santé mentale)	1 atelier par RLS annuellement	3	6	8	9	



## ENJEU 4

### LA QUALITE ET L'INNOVATION

#### 5.4.1 Innovation en perte d'autonomie et vieillissement

##### *Projets novateurs d'hébergement alternatif*

Le Réseau clinico-administratif (RCA) Personnes âgées a réalisé des travaux pour documenter les expériences d'hébergement alternatif novateur en tenant compte des données probantes, ainsi que des points de vue des personnes âgées et des intervenants. Il s'agit alors d'une *bonification* de l'offre de services dans le but de favoriser la réalisation du concept de logement-services où, dans un ensemble immobilier, une zone est aménagée pour une partie des résidents qui éprouvent une perte d'autonomie et qui nécessitent des services spécifiques de soutien et de santé.

Les travaux actuels visent à identifier de nouveaux modes de partenariat entre les résidences pour aînés et le réseau de la santé et des services sociaux. À cet égard, six volets seront documentés. Ainsi, des balises seront analysées et définies quant à la prise en charge conjointe de personnes âgées par les résidences privées pour aînés (RPA) et les CSSS afin de leur permettre de demeurer dans leur RPA même avec une perte d'autonomie (modérée à sévère).

#### 5.4.2 Qualité des soins et services

L'Agence a pour mandat de coordonner et de soutenir les établissements afin d'assurer une prestation sécuritaire des soins et services aux usagers. À cette fin, diverses actions sont réalisées

afin de maintenir et d'améliorer la qualité des soins et services dispensés.

##### *Visites d'appréciation de la qualité*

En 2011-2012, sous l'égide du ministère de la Santé et des Services sociaux, l'Agence a participé aux visites d'appréciation qui ont eu lieu dans deux centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD). Ces visites ont pour objectif d'évaluer la qualité du milieu de vie des résidents et de permettre à l'établissement d'établir un plan d'amélioration visant tant le milieu de vie que la qualité des services. Toutes ces visites font l'objet d'un plan d'action.

Par ailleurs, l'Agence a assuré le suivi de 31 plans d'amélioration en CHSLD, et ce, en suivi à des visites ministérielles réalisées entre 2007 et 2012.

##### *Agrément des établissements*

L'agrément est la reconnaissance, par une autorité externe reconnue par le MSSS, qu'un établissement est engagé dans une démarche continue d'amélioration de la qualité de ses services. L'agrément fait suite à l'évaluation systématique d'un ensemble de pratiques organisationnelles en fonction de normes qui renvoient aux meilleures pratiques et en fonction d'un processus qui tient compte du contexte et des caractéristiques de l'établissement.

Comme prescrit par la LSSSS, tous les établissements ont sollicité l'agrément de leurs services de santé et des services sociaux

auprès de l'un des deux organismes d'agrément reconnu par le ministère (Conseil québécois d'agrément ou Agrément Canada). À ce jour, deux établissements de la région sont en processus d'obtention d'un premier agrément de leurs services.

#### *Certification – Ressources d'hébergement en toxicomanie ou en jeu pathologique*

Depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2010, le MSSS a rendu obligatoire le processus de certification des ressources en dépendance. On compte treize ressources en dépendances sur notre territoire. L'Agence a émis trois certificats de conformité et a refusé la certification à une ressource. Les neuf autres ressources sont actuellement en processus de certification.

Ce processus vise à favoriser une prestation de services de qualité auprès des personnes aux prises avec des problèmes liés à l'alcoolisme, à la toxicomanie ou au jeu pathologique et d'amorcer un processus d'amélioration continue de la qualité et de la recherche de l'excellence.

#### *Comités des usagers et comités des résidents*

L'année 2011-2012 a été une année de suivi auprès des comités des usagers et de résidents. Rappelons que le rôle de l'Agence s'inscrit dans le cadre de ses obligations légales plus particulièrement liées à l'article 343 de la LSSSS qui est de veiller à la mise en œuvre des mécanismes de participation de la population prévus par la loi, telle la formation des comités des usagers.

À la demande du MSSS, l'Agence a procédé à une reddition de comptes auprès des comités d'usagers de nos établissements concernant les surplus budgétaires accumulés.

#### *Curateur public*

Depuis octobre 2007, le Curateur public propose des séances de formation en matière de protection des personnes inaptes aux

personnes-ressources du réseau de la santé et des services sociaux. La création de la fonction de personne-ressource (pivot) visait à améliorer les connaissances de nos rôles et de nos responsabilités réciproques.

Au mois de novembre 2011, une session d'information de deux jours a été offerte auprès des personnes-ressources.

#### *Prestation sécuritaire des soins et des services*

Le *Programme de formation sur l'approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux* (AMPRO) vise l'amélioration de la sécurité et de la qualité des soins à la clientèle lors de leur passage en natalité. Ce programme de priorité nationale a débuté en 2008 dans tous les établissements offrant un service d'obstétrique. Quelques CSSS du territoire ont maintenant complété le programme de trois années.

Le *Programme de formation sur les facteurs humains concernant la sécurité des patients* est toujours actif. Le but du programme est de sensibiliser les gestionnaires de risques et le personnel soignant des salles d'urgence, des blocs opératoires et des soins intensifs des hôpitaux sur l'importance des facteurs humains dans la prestation sécuritaire des soins. Des formations ont eu lieu durant la dernière année et se poursuivront en 2012-2013.

Le système d'information sur la sécurité des soins et des services (SISSS) est un système qui rassemble tous les renseignements sur les incidents et les accidents (i/a) qui surviennent lors de prestation de soins de santé et de services sociaux. Depuis le 1<sup>er</sup> avril 2009, tous les établissements ont l'obligation d'avoir un registre local et de l'alimenter. Les efforts pour finaliser l'implantation du SISSS dans tous les établissements publics et privés de la Montérégie se sont poursuivis avec ardeur durant l'année 2011-2012. L'ensemble des établissements saisit maintenant leurs données des incidents/accidents dans leur registre

local. Les données sont compilées et analysées pour études et pour la mise en place de correctifs. Ces données locales alimentent également le registre national des incidents et des accidents survenus lors de la prestation de soins de santé et de services sociaux (RNIASSSS) qui a été mis en service au mois de mai 2011. Un premier rapport national a été publié en décembre 2011.

#### *Rapport du coroner*

Le rôle de l'Agence dans ce dossier est de s'assurer du suivi des recommandations des rapports du coroner qui s'adressent à une

ou plusieurs instances du réseau de la santé et des services sociaux de la Montérégie. Pour l'année 2011-2012, un total de 10 rapports de coroner (8 de moins que l'année dernière), a fait l'objet de suivis avec les établissements de la région.

Dans une optique d'amélioration de la qualité des soins et des services, plusieurs rapports de coroner, adressés à des instances dans différentes régions du Québec, ont fait l'objet de correspondance, à titre informatif, avec des établissements de la Montérégie.

### **Orientation 4.1 : Assurer la qualité et la sécurité des soins et des services**

#### **Axe d'intervention : Démarche intégrée de qualité**

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2010-2011		2011-2012		Commentaires
			Objectif	Résultat	Objectif	Résultat	
PS	Pourcentage des établissements ayant adopté une politique d'assurance qualité	100 %	N/D		N/D		Aucune donnée n'est disponible pour ce dossier. Nous devons éclaircir certaines notions avec le MSSS avant de débiter le travail avec les établissements.

#### Orientation 4.1 : Assurer la qualité et la sécurité des soins et des services

##### Axe d'intervention : Contrôle des infections nosocomiales

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2010-2011		2011-2012		Commentaires
			Objectif	Résultat	Objectif	Résultat	
1.01.19 PS et EG	Pourcentage des CHSGS ayant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis	90 %	90 %	96 %	90 %	92 %	

#### Orientation 4.4 : Assurer l'intégration et la circulation de l'information clinique

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2010-2011		2011-2012		Commentaires
			Objectif	Résultat	Objectif	Résultat	
PS	Pourcentage d'établissements ayant amorcé des travaux d'implantation du DCI (projet régional d'optimisation)	N/A	Approuver le plan d'affaires et débiter l'analyse détaillée	Réalisé	Procéder à l'appel d'offre et débiter le déploiement	Voir commentaires	Le déploiement devrait débiter dans l'année 2013-2014. Lorsque la région obtiendra l'accord officiel pour débiter la réalisation, il faudra 6 ans pour l'implantation de la solution. Plan d'affaires finalisé et accepté par la région (octobre 2011), déposé au MSSS en décembre 2011. En cours : montage financier et définition de l'approche.
PS	Pourcentage des GMF et nombre de cliniques privées où le DME est implanté Dossier régional électronique	100 % des GMF et la majorité des cliniques privées	Approuver le plan d'affaires	Réalisé	Procéder à l'appel de candidature et débiter le déploiement	Déploiement des DME dans les GMF : 22 %	La suite du projet sur le choix de DME a été basée sur l'homologation effectuée par le MSSS au cours de l'été 2011.

## ENJEU 5

### L'ATTRACTION, LA RETENTION ET LA CONTRIBUTION OPTIMALE DU PERSONNEL

#### Orientation 5.1 : Assurer l'équilibre entre l'offre et la demande de main-d'œuvre qualifiée

##### Axe d'intervention : Disponibilité de la main-d'œuvre médicale

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2010-2011		2011-2012		Commentaires
			Objectif	Résultat	Objectif	Résultat	
1.09.28 PS	Niveau d'atteinte des PREM (par rapport aux postes autorisés en établissement) en médecine spécialisée par catégorie de régions	80 %	80 %	91 %	80 %	85 % *	*L'année du PREM s'échelonne du 1 <sup>er</sup> décembre 2011 au 30 novembre 2012.
1.09.29 PS	Niveau d'atteinte des cibles de recrutement de nouveaux médecins aux PREM en médecine de famille par catégorie de régions	80 %	100 %	100 %	100 %	100 % *	*L'année du PREM s'échelonne du 1 <sup>er</sup> décembre 2011 au 30 novembre 2012.
PS	Plan quinquennal* d'effectifs en médecine spécialisée par territoire de RLS et pour l'Hôpital Charles LeMoine et les établissements régionaux	80 %	50 %	100 %	60 %	100 %	Indicateur = nombre de territoires ayant recruté 70 % des postes autorisés au PREM en médecine spécialisée. *L'exercice d'une planification quinquennale est nouveau et par le fait même sujet à plusieurs réajustements et modifications. Il est fort probable qu'une révision de cet indicateur, y compris sa cible 14-15, soit faite à la suite de l'année 1 du plan.



## Orientation 5.1 : Assurer l'équilibre entre l'offre et la demande de main-d'œuvre qualifiée

### Axe d'intervention : Disponibilité de la main-d'œuvre médicale

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2010-2011		2011-2012		Commentaires
			Objectif	Résultat	Objectif	Résultat	
PS	Plan régional d'effectifs en médecine générale (assurer une répartition équitable de nouveaux médecins de famille dans tous les territoires de la Montérégie)	100 %	N/D	70 %	70 %	75 %	Indicateur = nombre de territoires ayant recruté 70 % des postes de nouveaux facturants.

## Orientation 5.1 : Assurer l'équilibre entre l'offre et la demande de main-d'œuvre qualifiée

### Axe d'intervention : Disponibilité et utilisation optimale de la main-d'œuvre du réseau

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2010-2011		2011-2012		Commentaires
			Objectif	Résultat	Objectif	Résultat	
3.05.01 PS et EG	Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par les infirmières	5,33 % (diminution de 10 %)	5,96 %	5,70 %	5,83 %	5,60 %	Les objectifs régionaux sont atteints et témoignent des efforts réalisés par les établissements.
3.05.02 PS et EG	Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par le personnel du réseau	3,37 % (diminution de 10 %)	3,75 %	3,37 %	3,67 %	3,42 %	Les objectifs régionaux sont atteints et témoignent des efforts réalisés par les établissements.
3.06.01 PS et EG	Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les infirmières	2,97 % (diminution de 40 %)	5,17 %	5,53 %	4,88 %	4,45 %	Les objectifs régionaux sont atteints et témoignent des efforts réalisés par les établissements.
3.06.02 PS et EG	Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les infirmières auxiliaires	1,46 % (diminution de 40 %)	2,39 %	2,50 %	2,26 %	1,84 %	Les objectifs régionaux sont atteints et témoignent des efforts réalisés par les établissements.
3.06.03 PS et EG	Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les préposés aux bénéficiaires	1,16 % (diminution de 25 %)	1,82 %	1,34 %	1,71 %	1,12 %	Les objectifs régionaux sont atteints et témoignent des efforts réalisés par les établissements.

## Orientation 5.1 : Assurer l'équilibre entre l'offre et la demande de main-d'œuvre qualifiée

### Axe d'intervention : Disponibilité et utilisation optimale de la main-d'œuvre du réseau

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2010-2011		2011-2012		Commentaires
			Objectif	Résultat	Objectif	Résultat	
3.06.04 PS	Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les inhalothérapeutes	0,62 % (diminution de 40 %)	N/A	N/A	N/A	N/A	Entrée en vigueur en 2012-2013.
3.08 PS et EG	Pourcentage d'établissements et d'agences ayant mis à jour leur plan de main d'œuvre	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	
3.09 PS et EG	Pourcentage d'établissements ayant réalisé une démarche de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail	100 %	N/A	N/A	100 %	94 %	
PS	Mise en œuvre de la stratégie (pour mettre en place un processus régional d'identification des titres d'emploi en vulnérabilité et déployer une stratégie régionale pour augmenter la visibilité et l'attraction)	Oui	Oui		Oui		Travaux en continu.

## Orientation 5.2 : Offrir des conditions de travail et de pratique attractives et valorisantes

### Axe d'intervention : Rétention et mieux-être au travail

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2010-2011		2011-2012		Commentaires
			Objectif	Résultat	Objectif	Résultat	
3.01 PS et EG	Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	5,31 %* (diminution de 7,1 %)	5,58 %	5,93 %	5,51 %*	6,15 %	* Engagement revu suite aux révisions demandées par les DG des établissements (automne 2011)
3.10 PS	Pourcentage d'établissements ciblés ayant mis en œuvre leur Programme de soutien clinique - Volet préceptorat	100 %	100 %		100 %	100 %	
	Pourcentage des établissements ayant mis en œuvre un programme de soutien à la relève professionnelle	100 %	N/D	N/D	N/D	N/D	100 % des établissements ont un programme de préceptorat en soins infirmiers.

## Orientation 5.3 : Soutenir le renouvellement du personnel d'encadrement et l'évolution des pratiques de management

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2010-2011		2011-2012		Commentaires
			Objectif	Résultat	Objectif	Résultat	
3.11 PS	Pourcentage de cadres supérieurs admis au programme de relève des hors cadre sur la cible fixée	Déterminer annuellement	N/D	N/D	N/D	N/D	En attente des directives ministérielles.
3.12 PS	Pourcentage de projets réalisés au plan 2010-2012 sur l'amélioration des conditions d'exercice et de soutien des cadres	100 %	N/A	N/A	N/A	N/A	L'évaluation des projets est prévue en 2012-2013.
3.13 PS et EG	Pourcentage d'établissements accrédités par un programme reconnu visant l'amélioration du climat de travail	50 %	10 % (2/19)		10 %	42 %	Huit établissements ont complété les formulaires requis par le réseau québécois des établissements promoteurs de santé. Trois sont en processus de l'obtenir.

### Orientation 5.3 : Soutenir le renouvellement du personnel d'encadrement et l'évolution des pratiques de management

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2010-2011		2011-2012		Commentaires
			Objectif	Résultat	Objectif	Résultat	
3.14 PS et EG	Pourcentage d'établissements ayant obtenu un agrément incluant le volet de mobilisation des ressources humaines	100 %	95 %	97 %	100 %	97 %	
PS	Pourcentage des gestionnaires qui pilotent des projets ayant participé au programme de formation	75 %	Travaux en cours		À déterminer selon résultats des travaux		Démarrage prévu en automne 2012.
PS	Nombre de professionnels admis au programme régional de relève des cadres intermédiaires : 50 annuellement	Déterminer annuellement	Travaux en cours		À déterminer selon résultats des travaux		
PS	Nombre de personnes qui ont accédé à un poste de cadre	Déterminer annuellement	Travaux en cours		À déterminer selon résultats des travaux		Nouveau programme. Démarrage prévu en 2012.

## ENJEU 6

### UNE GESTION PERFORMANTE ET IMPUTABLE

#### Orientation 6.1 : Améliorer la performance du système de santé et de services sociaux

##### Axe d'intervention : Optimisation de l'utilisation des ressources

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2010-2011		2011-2012		Commentaires
			Objectif	Résultat	Objectif	Résultat	
PS	Adoption des orientations concernant les achats regroupés et la standardisation de la radiologie numérique (PACS), du système d'information pour la pharmacie (SIP), du dossier médical électronique (DME) et ordinateurs personnels. (projet régional d'optimisation)	N/A	Achat regroupé d'ordinateurs personnels, SIP, PACS		Déploiement complet des systèmes PACS, SIP  Déploiement partiel DME	Travaux en cours 2012	
PS	Analyses du benchmarking (intégrer les données sur le suivi financier et la productivité au modèle d'appréciation de la performance utilisé dans la région)	Analyses disponibles	N/D		N/D		



## Orientation 6.1 : Améliorer la performance du système de santé et de services sociaux

### Axe d'intervention : Optimisation de l'utilisation des ressources

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2010-2011		2011-2012		Commentaires
PS	Adoption des orientations pour la standardisation et le regroupement pour* :	100 %					*Projet régional d'optimisation
	▪ SIIATH		Approuver le plan d'affaires	Reporté à 2011-2012	100 %	En cours de réalisation, échéance mars 2012.	
	▪ Salles de traitement (regroupement des CTI)		N/A	Reporté à 2011-2012	Approuver le plan d'affaires	En cours de réalisation, échéance juin 2012.	
	▪ DCI		Approuver le plan d'affaires	En cours d'élaboration	Procéder à l'analyse détaillée et débiter l'ouverture du système. Débiter l'appel d'offres.	Plan d'affaires adopté par les établ. et déposé au MSSS.	
	▪ Lotus Notes		Élaborer le plan d'affaires	Plan d'affaires amorcé	Finaliser le plan d'affaires	En élaboration, échéance février 2012.	Appel d'offres provincial sera réalisé au cours des prochains mois pour le remplacement de la version en place.

## Orientation 6.1 : Améliorer la performance du système de santé et de services sociaux

### Axe d'intervention : Optimisation de l'utilisation des ressources

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2010-2011		2011-2012		Commentaires
			2010-2011	2011-2012	2011-2012	2012-2013	
	• SIGDU		Approuver le plan d'affaires	En cours de réalisation	100 %	Dossier réalisé	Sauf pour Jardins-Roussillon prévu en septembre 2012.
PS	Implantation du bureau de projet régional (projet provincial d'optimisation)	100 %	Débuter l'implantation du bureau	Réalisé	1	Bureau de projet implanté à l'Agence	Prévision : implantation de l'approche et de la méthodologie de gestion de projets dans le cadre des projets régionaux au cours de 2012-2013.

## Orientation 6.1 : Améliorer la performance du système de santé et de services sociaux

### Axe d'intervention : Amélioration de la performance

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2010-2011		2011-2012		Commentaires
			Objectif	Résultat	Objectif	Résultat	
PS	Pourcentage d'organisations ayant réalisé au moins un projet d'amélioration de la performance	100 %	15/18		18/18		Les analyses sont en cours.

# Orientation 6.1 : Améliorer la performance du système de santé et de services sociaux

## Axe d'intervention : Suivi et rétroaction sur la performance

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2010-2011		2011-2012		Commentaires
			Objectif	Résultat	Objectif	Résultat	
PS	Identification et réalisation de portraits d'appréciation de la performance sur une base annuelle	1 ou 2 portraits/an	Réalisation du portrait continums DP et PALV	N/D	Réalisation du portrait continums PALV et MPOC	Continuum PALV*  Continuum MPOC**	*Sous-ensemble SAD, urgence et optimisation PALV, DP, DI et TED.  **Projet COMPASS : travaux en cours.
PS	Production et diffusion des rapports de performance	Selon les portraits réalisés	N/A	N/A	DP, PALV	Soutien des CSSS*  Diffusion des rapports PALV-SAD et DP - volet AVC	*Interprétation des rapports de performance PALV, cancer, diabète et DP

## 5.7 LES PROJETS D'OPTIMISATION

Sujet	Actions régionales	État d'avancement au 31 mars 2012
La téléphonie IP	Élaboration du plan d'affaires, coordination de la migration, assurer la mise en œuvre et identification des bénéfices régionaux.	La planification du dossier régional est amorcée, mais en attente du positionnement du Ministère.
La téléphonie cellulaire	Assurer la mise en œuvre de la politique-cadre, identification des besoins de la région, révision de l'allocation des ressources et identification des bénéfices.	Chaque région doit dresser un bilan de la consommation et de la mise en œuvre de la politique-cadre de l'utilisation de la téléphonie cellulaire. Un bilan régional sera élaboré en collaboration avec le secteur immobilier pour juin 2012.
La visioconférence	Coordination de la migration régionale, assurer la mise en œuvre, révision de l'allocation des ressources et identification des bénéfices.	Migrer l'ensemble des stations de visioconférence pour septembre 2012. En attente des suivis à l'appel d'offres national.
Le courrier électronique	Élaboration du plan de migration, gestion du projet, assurer la fermeture des infrastructures actuelles, révision de l'allocation des ressources et identification des bénéfices.	Élaboration du plan d'affaires et coordination de la migration de l'ensemble des boîtes de courrier électronique pour le 31 mars 2013. En attente du Ministère concernant les suites d'un appel d'offres national. Le dossier d'affaires est avancé, mais en attente du Ministère pour le finaliser.
La gestion du parc des postes de travail	Élaboration du plan triennal, gestion du projet, révision de l'allocation des ressources et identification des bénéfices.	Chaque établissement devra fournir un inventaire, accompagné d'un plan de désuétude basé sur 5 ans. Un plan est élaboré en concordance avec le projet de regroupement des centres de traitement informatique (CTI), en lien avec les plans de désuétude transmis depuis 2008.
Le regroupement des centres de traitement de données	Élaboration du plan régional de regroupement, gérer le projet, révision de l'allocation des ressources et identification des bénéfices.	Déposer au 1 <sup>er</sup> novembre 2012, le plan régional du regroupement des centres de traitement. Dossier d'analyse en cours d'élaboration. Date de dépôt du dossier d'affaires prévue à l'automne 2012.
Les services Info-Santé 811	Collaboration à la transformation. Présentation du plan de gestion des ressources humaines selon les orientations retenues par le Ministère.	Participation à la consultation ministérielle. Offre régionale pour participer au projet pilote de gestion unifiée des services régionaux d'Info-Santé.

Sujet	Actions régionales	État d'avancement au 31 mars 2012
L'énergie	Collaboration à l'élaboration et à la mise en place du plan d'action du Ministère. Préparation des plans d'action régionaux en regard de l'efficacité énergétique et des gaz à effet de serre.	Tous les projets d'immobilisation en cours en Montérégie doivent inclure des mesures d'économie d'énergie. Neuf projets sont présentement en marche et ceux-ci généreront des économies estimées à 1,1 M\$.
L'approvisionnement en commun	Mise en place d'un sous-comité de travail en mars 2011. Rencontre avec la corporation Approvisionnement Montérégie en mai 2011.	Participation aux appels d'offres nationaux regroupés, tels que les équipements médicaux. Dossier du regroupement traité au niveau du Ministère. Répartition du regroupement des corporations acceptée par le Ministère. Regroupement réalisé. Approvisionnement Montérégie demeure l'unique corporation à desservir essentiellement la Montérégie. À la suite des rencontres du comité régional, quatre projets visant à réaliser des économies de fonctionnement ont été identifiés.
La clientèle soutien à domicile (PALV/DP/DI/TED)	Révision de l'organisation du travail. Révision et harmonisation des pratiques professionnelles. Optimisation des processus cliniques et administratifs.	Le Plan d'optimisation en soutien à domicile et le Plan de services intégrés aux personnes âgées 2011-2013 ont été acceptés par le Ministère le 15 décembre 2011. À la période 13, on a un résultat de 1 487 543 heures de services de soutien à domicile longue durée réalisées, alors que l'engagement était de 1 318 493 heures, soit un différentiel de plus 169 050 heures. Les projets d'optimisation ont débuté dans les CSSS.
La réduction de la main-d'œuvre indépendante :	Poursuite de la réalisation des plans d'action locaux visant l'atteinte des cibles. Suivi mensuel de l'utilisation de la Stratégie visant l'élimination de l'utilisation de la main-d'œuvre indépendante (MOI) par les établissements. Suivi de la réalisation des plans d'action locaux d'ici le 31 décembre 2011. Création d'un groupe de travail ayant comme mandat de faire des recommandations aux directeurs généraux visant l'élimination de l'utilisation de la MOI et l'intégration de ces ressources dans les effectifs des établissements.	Canevas régional d'appel d'offres et mode de réalisation : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Proposition d'un mode de réalisation adopté en décembre 2011;</li> <li>▪ Lancement de l'appel d'offres du 1<sup>er</sup> février au 1<sup>er</sup> mars 2012;</li> <li>▪ Émission des contrats 2012, comme mentionné à la circulaire du Ministère du 22 juin 2011.</li> <li>▪ Stratégie visant l'élimination de l'utilisation de la MOI et l'intégration de ces ressources dans le réseau public :</li> <li>▪ Élaboration d'une grille de collecte d'informations sur les secteurs utilisateurs de la MOI;</li> <li>▪ Dépôt d'une proposition de stratégie régionale en mars 2012.</li> </ul>



Sujet	Actions régionales	État d'avancement au 31 mars 2012
La réduction du temps supplémentaire :	Suivi mensuel de l'utilisation du temps supplémentaire par les établissements.	Suivi régional visant la réduction de 10 % du temps supplémentaire. Les cibles régionales 2011-2012 sont atteintes pour le temps supplémentaire dans l'ensemble du réseau, ainsi que pour le temps supplémentaire infirmières.
La gestion de la présence au travail :	D'ici le 20 juin 2011, présentation d'une proposition aux directeurs généraux des établissements de la création d'un groupe de travail qui aura comme mandat d'identifier et d'analyser des opportunités d'amélioration et de synergie régionale. Suivi mensuel de l'utilisation du temps supplémentaire par les établissements.	On vise à partager les ressources d'expertises et les outils en matière de santé et sécurité au travail pour permettre une réduction des coûts et l'amélioration de l'impact dans ce secteur d'activité. <ul style="list-style-type: none"> <li>Septembre à décembre 2011 : Priorisation de trois enjeux par le comité, présentation aux directeurs des ressources humaines et acceptation du projet;</li> <li>Février 2012 : Constitution des groupes de travail;</li> <li>19 mars 2012 : Lancement des travaux sur les enjeux;</li> <li>Septembre 2012 : Déposer des recommandations des groupes de travail aux directeurs généraux et aux directeurs des ressources humaines;</li> <li>Décembre 2012 : Mettre en œuvre des projets.</li> </ul>
La rationalisation et la mise en commun de processus administratifs	Présentation d'une proposition aux directeurs généraux des établissements de création d'un groupe de travail qui aura comme mandat d'identifier et d'analyser des opportunités d'amélioration et de synergie régionale.	Projet accepté par les directeurs généraux de la Montérégie en novembre 2011; Mise sur pied d'un comité de pilotage du projet en janvier 2012. Rencontre des représentants des Hautes Études Commerciales (HEC) pour recevoir une offre de service afin d'accompagner le comité de pilotage dans l'analyse des opportunités (système de paie et ressources humaines) en février 2012.

# 6 LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

## 6.1 ORGANISMES COMMUNAUTAIRES SUBVENTIONNES PAR L'AGENCE

L'Agence confirme son respect des règles et normes édictées dans le cadre de gestion du MSSS au regard des subventions versées dans le cadre du *Programme de soutien aux organismes communautaires* (PSOC). La conformité aux critères d'admissibilité et d'analyse du programme est vérifiée annuellement pour chacun des organismes subventionnés.

Les documents (formulaire de demande, rapport d'activité, rapport financier sous la forme prescrite, etc.) sont transmis par chaque organisme subventionné, et puis analysés. Les organismes communautaires sont visités par l'Agence. Les organismes présentant des problèmes de conformité à l'un ou l'autre des critères font l'objet d'un suivi particulier.

Chaque organisme, en plus de son rapport annuel, complète un portrait sommaire des particularités de ses clientèles et des principaux services qu'il offre. Ainsi, les principales clientèles desservies sont les personnes souffrant de problèmes de santé mentale, les femmes victimes de violence, les jeunes en difficulté, les personnes âgées en perte d'autonomie, les personnes souffrant de dépendances ou de déficiences. Les principaux services et activités sont l'accueil et la référence, la relation d'aide, l'hébergement temporaire et, plus spécifiquement pour les personnes âgées : le transport bénévole, la livraison de repas à domicile (popote roulante) et le répit aux aidants naturels. La pauvreté affectant toutes ces

clientèles, divers services visant la sécurité alimentaire sont offerts par plusieurs organismes.

### 6.1.1 Allocation annuelle

L'Agence a financé 469 organismes pour un total de 67 164 475 \$, dont 5 659 152 \$ \$ ont été dédiés aux fonds en maintien à domicile et 61 505 323 \$ aux fonds en promotion et services à la communauté.

Dans le cadre du PSOC, 399 organismes se sont partagé un total de 59 891 499 \$. Parmi ceux-ci, 396 organismes ont reçu un financement pour leur mission globale, c'est-à-dire un financement récurrent représentant 58 092 586 \$.

**Tableau 15**  
**Allocations accordées aux organismes communautaires**

	Subventions 2011-2012	Subventions 2010-2011
Allocations – Maintien à domicile	5 659 152 \$	5 464 056 \$
Allocations – Promotion et services à la communauté	61 505 323 \$	57 922 232 \$
<b>GRAND TOTAL</b>	<b>67 164 475 \$</b>	<b>63 386 288 \$</b>

### 6.1.2 Indexation

Le budget disponible aux fins d'indexation des subventions a été de 1 462 291 \$ ce qui équivalait à 2,4 % des crédits alloués aux organismes communautaires pour l'année précédente. Le taux d'indexation des subventions 2011-2012 en appui à la mission globale a été de 2,1 %.

Un montant de 1 195 278 \$ a donc été versé en indexation aux organismes communautaires dans le cadre du PSOC, volet mission globale. Le solde de 267 013 \$ a été utilisé afin de soutenir certains organismes communautaires connaissant des difficultés importantes.

**Tableau 16**  
**Indexation et crédits accordés aux organismes communautaires**

	2011-2012	2010-2011
Montant du budget d'indexation	1 462 291 \$	1 193 414 \$
Pourcentage équivalent au total des crédits alloués l'année précédente	2,4 %	2 %
Somme allouée aux organismes*	1 195 278 \$	831 955 \$
Solde du budget d'indexation utilisé pour soutenir les organismes fragilisés	267 013 \$	361 459 \$
Crédits additionnels (% équivalent des budgets de développement des programmes-services)	0 %	0 %

\* L'indexation n'est pas allouée à certains organismes qui ont des surplus ou qui sont en suivi de gestion

# 7 L'UTILISATION DES RESSOURCES

## 7.1 RESSOURCES FINANCIERES

### 7.1.1 Budget régional

L'enveloppe régionale de crédits de la Montérégie s'élève à 2 172 027 117 \$ pour l'année 2011-2012. De cette enveloppe, 2 016 416 144 \$ sont alloués aux établissements de la région. Cette somme inclut le budget net de fonctionnement des établissements de la région de 1 991 829 215 \$ ainsi que le budget des produits sanguins et divers ajustements pour un total de 24 586 929 \$.

**Tableau 17**  
**Budget régional**

	2011-2012	2010-2011
Enveloppe régionale	2 172 027 117 \$	2 047 317 542 \$
Enveloppe allouée aux établissements	2 016 416 144 \$	1 918 155 858 \$

### 7.1.2 Objectif de retour à l'équilibre budgétaire

Nonobstant un sous-financement évalué à 123 747 928 \$ et une réduction additionnelle des dépenses relatives à l'optimisation incluant les effets de la Loi 100 de 10 312 373 \$, les établissements publics ont respecté l'équilibre budgétaire ou la cible déficitaire signifiée. Une majorité d'entre eux ont également respecté leur plan de remboursement des écarts à la cible cumulés.

Pour contribuer à l'atteinte de ces résultats, l'Agence assure un suivi budgétaire périodique rigoureux et soutenu par des rencontres régulières avec la direction générale des établissements. Deux établissements ont été contraints de mettre en place des mesures de redressement et ont dû reporter le remboursement des écarts à la cible cumulés.

**Tableau 18**  
**Objectif de retour à l'équilibre budgétaire – Établissements publics**

	2011-2012	2010-2011
Cible maximale de déficit signifiée à l'entente de gestion	4 324 141 \$	8 140 688 \$
Déficit réel	3 861 822 \$	5 355 857 \$
Écart	462 319 \$	2 784 831 \$

### 7.1.3 Bilan de l'application de la Loi 100

La réduction des dépenses de nature administrative imposée aux établissements en vertu de la Loi 100 depuis 2010-2011 se cumule comme suit :

2010-2011	2011-2012	TOTAL
7 874 500 \$	5 356 000 \$	13 230 500 \$

En 2010-2011, les établissements se sont engagés à atteindre les cibles de réduction qui leur ont été fixées, tout en appliquant les mesures qu'ils ont jugées les plus appropriées pour atteindre leur objectif.

La reddition de compte effectuée cette année a permis aux établissements de démontrer qu'ils ont atteint l'objectif annuel qui leur avait été fixé l'an dernier ou d'identifier les mesures de réduction applicables aux exercices 2011-2012 et suivants, afin d'atteindre l'objectif de réduction de 10 % des dépenses de nature administrative en 2013-2014. La réduction de 25 % des dépenses de publicité, de formation et de déplacement a été entièrement réalisée. La réduction des heures reliée au non-remplacement d'un départ sur deux à la retraite sera évaluée au cours de 2012-2013.

En 2011-2012, les établissements ayant atteint l'équilibre budgétaire ou respecté la cible déficitaire fixée, la réduction de dépenses administratives, qui atteint plus de 13 M\$ jusqu'à présent, a vraisemblablement été réalisée.

#### **7.1.4 Autorisations d'emprunts temporaires accordées aux établissements publics**

Au 31 mars 2012, les emprunts temporaires reliés aux dépenses de fonctionnement autorisés par le MSSS sont de 113 750 000 \$ et ceux reliés aux dépenses en immobilisations autorisés par l'Agence sont de 18 165 135 \$ dont 9 395 225 \$ pour des projets d'économie d'énergie. Le montant réel des emprunts au 31 mars 2012 est de 83 282 380 \$ pour ceux reliés aux dépenses de fonctionnement et de 7 242 736 \$ pour ceux reliés aux dépenses en immobilisations.

Pour les autorisations d'emprunts temporaires reliées à des projets d'économie d'énergie, l'Agence doit obtenir en tout temps,

une autorisation ministérielle au préalable. Pour les autres autorisations d'emprunts reliés aux dépenses en immobilisations, l'Agence doit obtenir une autorisation ministérielle au préalable lorsque les limites suivantes sont dépassées :

- le plafond régional de 10 950 000 \$;
- le projet soumis nécessite un emprunt supérieur à 750 000 \$;
- la période de l'emprunt s'étend sur une durée supérieure à 5 ans.

Ces autorisations ministérielles ont été obtenues lorsque requises.

#### **7.1.5 Développement 2011-2012 (base annuelle)**

Dans le cadre de la mise en œuvre du Plan de services intégrés pour nos aînés 2011-2013, un budget de développement de 3 934 800 \$ annualisé à 7 869 600 \$ a été accordé en soutien à domicile pour notre région. Un budget en base annuelle de 33 925 000 \$ a également été confirmé pour le développement de places en alternative à l'hébergement institutionnel et d'unités transitoires de récupération fonctionnelle en 2012-2013. Une partie de ce budget pouvant être consentie pour l'année 2011-2012 à partir de la mise en place de projets de développement autorisés par le Ministère et d'une reddition de compte, le montant réclamé au Ministère pour 2011-2012 est de 15 195 400 \$.



## 7.2 RESSOURCES HUMAINES

### 7.2.1 Planification de la main-d'œuvre et stratégies d'attraction

Avec le départ à la retraite de plusieurs baby-boomers et avec la réduction du bassin de main-d'œuvre qualifiée disponible, la planification de la main-d'œuvre est un levier important dans notre réseau. Des vulnérabilités se manifestent dans plusieurs catégories d'emplois et plus particulièrement durant les périodes de vacances estivales, des fêtes et de la relâche scolaire. Une démarche régionale est proposée depuis deux ans et vise à :

- identifier les causes de la pénurie;
- élaborer des stratégies d'attraction et de rétention de la main-d'œuvre;
- émettre des recommandations quant aux meilleures pratiques à mettre en place dans les établissements ou dans la région, dans le but d'attirer une main-d'œuvre qualifiée et de mobiliser les ressources en place;
- élaborer des stratégies et des moyens afin d'augmenter la visibilité et l'attraction pour les emplois vulnérables.

Le plan prévisionnel des effectifs, qui a été élaboré en 2011 par le comité vulnérabilité en Montérégie, est le modèle qui sera retenu par le MSSS en 2012. Les établissements de la région, ayant complété leur exercice local en 2011, auront donc un an d'avance sur le reste des établissements du Québec, quant à l'utilisation de l'outil.

L'analyse des plans prévisionnels locaux et la production du plan régional visent à mieux cerner les problématiques particulières à chaque établissement et à dégager les tendances régionales, connaître les besoins futurs en main-d'œuvre et permettre une meilleure collaboration de l'ensemble des partenaires. L'état de

situation régional au 31 mars 2011 nous a d'ailleurs permis de faire ressortir quelques constats qui ont influencé les orientations stratégiques, les efforts et les activités régionales 2012-2015 dont principalement les activités de visibilité.

Une seconde campagne de visibilité régionale a été mise de l'avant et a permis d'augmenter considérablement l'achalandage sur le portail régional [www.santemonteregie.qc.ca](http://www.santemonteregie.qc.ca). L'objectif à long terme est de conserver cette visibilité, d'augmenter l'achalandage et de fidéliser les visiteurs du portail. Plusieurs améliorations seront apportées à la section carrière du portail pour 2012-2013 afin d'en faciliter la consultation par les internautes.

Pour une 2<sup>e</sup> année consécutive, des activités de visibilité régionale ont été réalisées auprès des étudiants, des stagiaires, des finissants et des chercheurs d'emploi. Nous avons sollicité à nouveau la collaboration de plusieurs partenaires du réseau de la santé et des services sociaux (centres locaux d'emploi, écoles secondaires et professionnelles, cégeps et universités du territoire et limitrophes), afin qu'ils puissent nous soutenir dans le cadre de cette campagne d'attraction, de visibilité et de promotion des emplois en Montérégie. Nous observons pour une 2<sup>e</sup> année consécutive des retombées positives qui amènent une augmentation des visites sur le portail régional. Ces activités seront poursuivies puisqu'elles sont considérées comme des leviers importants pour attirer du personnel dans les établissements.

De plus, des outils de gestion régionaux ont également été créés et diffusés pour améliorer la rétention des employés, de même que pour l'accueil et l'intégration de nouveaux employés et la réintégration des employés qui se sont absentés pour des périodes de plus de 6 mois. Des outils de gestion ont été spécifiquement conçus pour permettre de procéder à des

entrevues de départ afin de mieux cibler les raisons des départs et réduire le taux de roulement du personnel. Par ailleurs, des documents concernant l'évaluation de la probation ont également été conçus pour mieux outiller les établissements. Un processus de suivi des stagiaires et des outils visant à améliorer la rétention sont en cours et seront disponibles en 2012-2013.

En parallèle à ces travaux, les établissements poursuivent le déploiement des mesures structurantes et l'implantation de projets d'organisation du travail afin d'améliorer les conditions d'exercice et d'offrir un milieu de travail plus attrayant et valorisant pour le personnel.

Des mécanismes de concertation avec des partenaires au niveau régional, tels que le ministère de l'Éducation, des Loisirs et du Sport (MELS) et Emploi-Québec se poursuivent afin de soutenir des projets novateurs permettant la réduction de la pénurie de main-d'œuvre dans certains secteurs, plus vulnérables. La mise en place de ces projets vise, entre autres, à accroître le nombre de diplômés et à assurer au secteur de la santé et des services sociaux une main-d'œuvre qualifiée. Des efforts particuliers sont en cours dans la région afin d'intéresser les jeunes aux métiers d'avenir en formation professionnelle et technique. Des rencontres devront à nouveau avoir lieu avec certaines universités afin d'évaluer la possibilité de soutenir des projets similaires pour les emplois vulnérables de niveau universitaire. Un comité de concertation réunissant l'Agence, le MELS et Emploi-Québec a également été mis sur pied dans la région afin d'effectuer des démarches de promotion et de valorisation des métiers et des programmes de formation pour lesquels des pénuries de main-d'œuvre sont appréhendées en Montérégie.

## 7.2.2 Développement des compétences (réseau)

### *Priorisation et gestion des formations régionales*

Considérant les priorités nationales retenues, les priorités régionales exprimées et l'enveloppe budgétaire disponible, la priorisation régionale des formations a permis, en 2011-2012, de convenir avec les directions concernées de l'Agence, la table des directeurs ressources humaines et en accord avec le CCSM, des activités de formation qui ont été déployées en Montérégie.

De plus, nous tenons à souligner que le système d'inscription en ligne (SIEL) en place depuis plus d'un an, a fait ses preuves quant à l'optimisation et l'efficacité des activités en lien avec l'inscription et la gestion des formations régionales.

### *Formation en ligne*

La formation des employés représente un investissement important pour les établissements de notre réseau. Non seulement la formation est un élément clé pour favoriser l'acquisition de connaissances et le développement des compétences, mais elle est aussi un moyen d'optimiser la qualité des soins et d'assurer la sécurité des employés et des usagers. La plupart des formations dispensées jusqu'à présent dans notre réseau sont offertes selon un modèle traditionnel « en classe ». Quel défi que de libérer le personnel pour quelques heures, voire une journée complète !

Avec la pénurie de main-d'œuvre actuelle ainsi que les restrictions budgétaires visées par l'adoption de la Loi 100, le réseau se doit d'évaluer les différentes alternatives de formation. Les pénuries d'enseignants nous obligent également à revoir nos façons de faire. Malgré le fait que la formation soit essentielle à la performance des équipes et des organisations, les difficultés rencontrées par nos établissements empêchent parfois ceux-ci de former le volume total de personnel ciblé dans les délais prescrits.

Développer la formation en ligne pour certains contenus de formation, pourrait être très avantageux pour notre région.

Un groupe de travail regroupant des représentants d'établissements a donc évalué les possibilités d'offrir des formations en ligne en remplacement de certaines formations en classe offertes actuellement. Le groupe a procédé à une revue nationale des formations offertes dans les autres régions et a également proposé des formations qui n'avaient pas été recensées. Un premier projet pilote de formation en ligne portant sur la « Prévention des infections » démarrera sous peu.

#### *Rehaussement des compétences infirmières en hébergement*

Dans le cadre du plan FORTERESSS de la Montérégie, une soixantaine d'infirmières ressources en provenance du secteur de l'hébergement de chacun des CSSS ont été formées aux thématiques suivantes :

- examen pulmonaire;
- examen abdominal;
- examen de l'état mental;
- contribution du personnel infirmier à l'usage optimal des médicaments chez l'ainé;
- examen cardiaque.

Elles sont en mesure de redonner la formation et les mentorats cliniques à leurs collègues infirmières, afin que les 400 infirmières de l'hébergement soient formées aux meilleures pratiques cliniques et transfèrent leurs apprentissages dans leur travail au quotidien. Il en résulte une utilisation plus judicieuse des compétences infirmières et de chacun des membres des équipes de soins en hébergement, dans le respect des paramètres de la Loi 90.

Plusieurs CSSS utilisent maintenant les infirmières ressources de

l'hébergement afin « d'exporter » le rehaussement des compétences cliniques à d'autres secteurs de leur organisation, par exemple, en soins à domicile.

Ces formations font partie d'un processus structuré, d'accueil-orientation-intégration des nouvelles infirmières de l'hébergement et sont un levier de l'amélioration continue des soins, des services et du travail, de ce secteur en Montérégie.

La démarche stratégique de développement des compétences vient en soutien à l'implantation des orientations des réseaux clinico-administratifs (RCA) et des continuums de services. Cette démarche a pour but de favoriser le développement et l'utilisation optimale des compétences des gestionnaires et intervenants, en lien avec l'implantation des orientations stratégiques. À travers une stratégie régionale intégrée de développement de compétences et de transfert des apprentissages en milieu de travail, elle vise à habilitier les gestionnaires et intervenants aux meilleures pratiques professionnelles et de gestion.

#### *Jeunes en difficulté - Formations nationales*

Le secteur ressources humaines réseau participe activement à la Table de concertation provinciale en matière de développement des compétences du secteur jeunesse, dont le mandat consiste principalement à :

- recommander les priorités des besoins en matière de développement des compétences pour l'ensemble du personnel travaillant auprès des jeunes en difficulté et leur famille en cohérence avec les orientations ministérielles et l'offre de service du programme Jeunes en difficulté;
- recommander un plan de formation, la mise en œuvre et les modes d'évaluation.

Afin d'actualiser le *Plan national de formation* tout en assurant les arrimages avec nos priorités régionales et locales, le réseau ressources humaines a convenu d'un mécanisme de collaboration Agence/Établissements, lequel comité est en interrelation étroite et constante avec le Réseau clinico-administratif Jeunes. Les membres ont tenu huit rencontres afin d'assurer la planification et la mise en œuvre harmonieuse des activités prévues à tous niveaux, pour 2011-2012.

Ainsi, plusieurs formations nationales en lien avec l'offre de services 2007-2012 ont été mises en place au cours de la dernière année afin d'assurer l'accessibilité, la qualité et la continuité des services pour les jeunes et leur famille. Mentionnons le tout nouveau programme d'accueil et d'intégration des intervenants jeunesse de notre réseau : CHARLIE, enrichi du *Programme d'encadrement clinique (PEC)*, qui vise l'accompagnement de ces nouveaux intervenants dans leurs fonctions.

La démarche sur le *Projet de vie* a également fait l'objet d'une formation auprès des intervenants du Centre jeunesse (CJM) et des CSSS de notre région, habilitant les intervenants à comprendre la nécessité de mettre le projet de vie de l'enfant au cœur de leurs interventions, dans une perspective de stabilité et de permanence.

L'impact de la nouvelle législation en protection de la jeunesse entraîne un ajustement des pratiques. Une formation spécifique comportant deux volets a été livrée aux intervenants du Centre jeunesse Montérégie afin de les habilitier à intervenir dans ce nouveau contexte d'intervention.

#### *Jeunes en difficulté - Groupe de codéveloppement sur la pratique de médiation partenariale à l'intention des coordonnateurs des Équipes d'intervention jeunesse*

Les Équipes d'intervention jeunesse (ÉIJ) ont le mandat de mettre en œuvre la coordination des services pour les jeunes qui présentent des problématiques multiples et complexes. Dans le cadre de ce mandat, ils doivent mettre en place des activités de liaison avec les partenaires du réseau local de services (RLS), de médiation et d'intégration visant à assurer l'accès, la continuité et la complémentarité des services pour les jeunes.

Dans le but de contribuer au développement et à la consolidation de cette nouvelle compétence de notre réseau, l'Agence a soutenu un groupe de codéveloppement professionnel portant sur la médiation partenariale à l'intention des coordonnateurs des Équipes intervention jeunesse de la Montérégie. Au terme de la première année, le bilan nous révélait la pertinence de cette formule pour les coordonnateurs ÉIJ et notre secteur décidait de s'engager pour une seconde année dans cette même voie, tout en recommandant la préparation d'une relève. Dans cette optique, deux participants du groupe actuel sont présentement formés dans le but d'assurer l'animation pour la poursuite de cette activité.

### **7.2.3 Développement des compétences des cadres**

#### *Programme régional de relève des cadres intermédiaires*

Avec plus de cent postes de cadres intermédiaires à combler par année pour les trois prochaines années, les établissements et l'Agence ont développé un *Programme régional de relève des cadres intermédiaires* basé sur un profil régional constitué de 9 compétences de gestion. Ce programme vise à permettre aux établissements du réseau et à l'Agence de préparer la relève,

autant en termes de qualité que de quantité. Il vise à créer un bassin régional de candidats à haut potentiel facilitant le recrutement actuel et futur. Le programme prévoit offrir aux candidats retenus un microprogramme de formation de 1<sup>er</sup> ou 2<sup>e</sup> cycle en gestion, de même que des formations adaptées au besoin de la cohorte, sous forme de séminaires. Le lancement officiel du programme s'est fait en avril 2012. Les formations universitaires sont prévues pour janvier 2013 et le début des séminaires pour avril 2013.

#### *Programme à l'intention des nouveaux cadres*

En concertation avec les directeurs de ressources humaines (DRH) des établissements, l'Agence a poursuivi le déploiement du *Programme de formation à l'intention des nouveaux cadres*. Ce programme, composé de cinq modules, vise à intégrer les nouveaux cadres au projet montréalais de mise en place des RLS et à les former au nouveau rôle de gestionnaire de personnes au service de la population. Les modules de formation s'intitulent :

- Des réseaux porteurs d'une responsabilité populationnelle
- Le nouveau rôle du gestionnaire dans un contexte de réseau
- Le cadre : un leader mobilisateur
- La gestion de la performance
- Exercer son droit de gérance : c'est encore possible

Cette année, plus de cent cadres regroupés en sept groupes ont participé à ce programme. En 2012, le programme de développement de compétences offert pour les nouveaux cadres sera renouvelé afin de mieux s'arrimer au nouveau profil de compétences régionales et de mieux répondre aux besoins du réseau.

#### *Programme régional pour les cadres en exercice*

Toujours dans l'esprit de permettre aux cadres de bénéficier d'un continuum de perfectionnement, l'Agence et les établissements souhaitent mettre sur pied un *Programme régional de développement de compétences* d'ici 2013. Ce programme, qui vise les cadres en exercice qui souhaitent se perfectionner en fonction des neuf compétences de gestion composant le profil régional, sera élaboré et offert en fonction des besoins de la région.

#### **7.2.4 Organisation du travail**

Dans le cadre du *Plan national de main-d'œuvre*, l'organisation du travail est un des leviers facilitant la mise en œuvre de la stratégie nationale de main-d'œuvre, notamment en soins infirmiers. À ce titre, l'Agence accompagne et soutient les établissements dans la concrétisation de leurs projets. Ces derniers mettent en évidence l'importance primordiale à accorder aux ressources humaines, à la gestion du capital humain, au développement des talents qui le composent, à la création d'environnements de travail de qualité et à l'amélioration continue des processus et du travail. Tous ces facteurs contribuent à la fidélisation du personnel en place, l'utilisation optimale des compétences, l'attraction de nouveaux employés tout en exerçant une influence reconnue sur la performance.

#### *Le plan FORTERESSS*

La réorganisation des soins, des services et du travail dans tout le secteur de l'hébergement des CSSS de la Montérégie, connue sous le nom de FORTERESSS, s'est poursuivie et a fait école, à travers les établissements de santé du Québec.

Des visioconférences effectuées en collaboration avec le Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec, la publication du



*Bilan des réalisations du plan FORTERESSS* en collaboration avec les établissements concernés et une conférence présentée dans le cadre de la Journée de réflexion sur la diminution de l'utilisation de la main-d'œuvre indépendante, organisée par l'Agence de Montréal au profit des gestionnaires de l'hébergement, ont permis de faire connaître les bons coups, les étapes de réalisation, les outils développés dans la gestion de ce changement d'envergure, à la fois clinique et organisationnel.

#### *Projet Lean Healthcare au CSSS Jardins-Roussillon*

Dans le cadre de l'appel de projets lancé par le Ministère à l'automne 2011, le CSSS Jardins-Roussillon est l'un des trois établissements choisis pour l'implantation de l'approche *Lean Healthcare Six Sigma* dans le réseau de la Santé et des Services sociaux du Québec. Les deux autres choisis sont le Centre hospitalier universitaire de Québec-Hôpital Saint-François-d'Assise et le CSSS du Sud-Ouest-Verdun.

Le projet *Lean* est une démarche d'amélioration continue basée sur la participation des employés. Les personnes sur le terrain identifient les problèmes et les pistes d'amélioration, proposent des solutions et participent dans leur implantation. L'attention est mise sur les besoins des clients et vise, entre autres, la réduction des délais et l'élimination des gaspillages.

Basé sur le modèle développé par l'entreprise Toyota, le projet *Lean* est bien adapté au réseau de la santé puisque c'est une méthode qui permet de questionner la valeur ajoutée pour le client (usagers et clients de l'interne), d'un ou de plusieurs processus. Il s'agit de repenser les façons de faire en misant sur l'amélioration continue de l'efficacité et de l'efficience du travail effectué.

Ce programme, qui prendra fin en 2014, permettra au CSSS Jardins-Roussillon de mettre de l'avant dix projets *Lean* à l'intérieur

de son organisation. L'Agence est associée de près à cette démarche par sa participation aux comités ministériel, directeur et tactique, de même que par le soutien d'une chargée de projet *Lean-Agence*. Des stratégies de transfert des connaissances seront développées en cours de projet pour favoriser le partage et la réplication des expériences à d'autres établissements du réseau. Une évaluation des transformations et des retombées du *Lean* sera également effectuée.

#### *Projets d'amélioration des conditions d'exercice des cadres*

Lors d'un appel de projets d'amélioration des conditions d'exercice des cadres du réseau, le Ministère retenait deux projets en provenance de la région, sur un total de neuf :

- *Focus Gestionnaires* - renouveler la capacité de gestion, du CSSS Pierre-Boucher
- *Modernisation du modèle de gestion*, du CSSS Jardins-Roussillon

Le projet *Focus Gestionnaires* comporte trois chantiers. Le premier vise à réduire le temps compensatoire et complémentaire à valeur non ajoutée afin que les cadres puissent davantage se consacrer à la clientèle et à la gestion de proximité. Le deuxième chantier met l'accent sur la clarification et l'appropriation du nouveau rôle du gestionnaire ainsi que sur l'élaboration de profils de compétences génériques et spécifiques. Le troisième chantier, qui développe dans l'action les nouvelles compétences du gestionnaire, a pour but d'encadrer l'évolution de ces dernières et d'assurer le transfert de la gestion des savoirs et des acquis organisationnels.

Le *Modernisation du modèle de gestion* part du principe qu'une approche d'habilitation et de collaboration permettrait de déléguer aux équipes, un certain pouvoir dans la prise de décisions opérationnelles. Concrètement, le projet consiste à développer

des outils d'analyse réutilisables en vue d'établir un modèle de gestion modulé pour chaque grand secteur d'activité, selon les caractéristiques de sa clientèle et avec des équipes interdisciplinaires responsabilisées. Ce travail permettra, entre autres, de réaligner les rôles et responsabilités des cadres en fonction des défis et contraintes qu'ils rencontrent dans un univers de multivocation et de multisites.

En 2012, le Ministère a lancé une deuxième vague d'appel de projets d'amélioration des conditions d'exercice des cadres à l'ensemble du réseau et les projets retenus seront connus sous peu. Les établissements de la région ont témoigné un vif intérêt à soumettre des propositions de projets.

#### *Réduction de l'utilisation de la main-d'œuvre indépendante en soins infirmiers*

Des travaux régionaux ont été réalisés et des recommandations ont été déposées identifiant des mesures structurantes pour la réduction de l'utilisation de la main-d'œuvre indépendante (MOI). Des secteurs spécifiques, tels que l'urgence et l'hébergement, ont été identifiés comme ayant plus de difficultés à ce niveau. De plus, le Ministère et l'Agence ont offert un soutien à sept établissements de la région afin qu'ils puissent rencontrer leurs cibles de réduction prévues aux ententes de gestion d'ici 2015.

En 2011-2012, la cible régionale établie a été rencontrée, démontrant ainsi la volonté des établissements à réduire l'utilisation de la MOI dans leurs activités. De plus, un appel d'offres régional a été réalisé avec le soutien du groupe « Approvisionnement-Montérégie », permettant ainsi de mieux encadrer les ententes contractuelles avec les agences de personnel de la MOI.

#### *Coordination des stages*

Les partenaires de la santé et de l'éducation ont participé à la planification du déploiement provincial d'un logiciel de gestion des stages en soins infirmiers. Cet outil de pilotage commun permet d'assurer l'adéquation entre la demande et l'offre de stages, ainsi que d'accéder à une information consolidée en temps réel sur l'ensemble de la situation des stages. Ce projet d'implantation d'un système unique pour la gestion des stages s'est inscrit parmi les efforts de rapprochement des deux réseaux afin de contribuer à gérer la pénurie de main-d'œuvre, tout en favorisant l'établissement de collaborations intersectorielles.

La Montérégie a été parmi les trois premières régions à déployer ce logiciel. Le financement pour sa mise en place a été assuré par le MELS et le MSSS. Un comité directeur provincial évalue présentement la possibilité et l'intérêt des régions à déployer le logiciel de gestion de stages à d'autres disciplines que les soins infirmiers. Les travaux d'évaluation des besoins dans les différentes disciplines débiteront sous peu dans la région afin d'y implanter le logiciel de gestion de stages.

Dans une optique d'amélioration continue de la coordination des places de stages en soins infirmiers, le comité régional de gestion des stages a entrepris au printemps 2012 une visite des comités locaux présents sur les sept territoires de la région. Cet exercice a permis de recueillir les commentaires et suggestions d'amélioration en lien avec la coordination des places de stages en soins infirmiers de la région. Un rapport synthèse ainsi qu'un *Plan d'action régional* seront déposés à l'automne 2012.

## 7.3 IMMOBILISATIONS ET EQUIPEMENTS DE TECHNOLOGIE MEDICALE

### 7.3.1 Enveloppes régionalisées

En 2011-2012, plus de 75 M\$ ont été distribués aux établissements de la région pour maintenir en bon état le parc immobilier et de l'équipement, pour réaliser des projets améliorant la fonctionnalité des installations ainsi que pour d'autres projets spécifiques.

**Tableau 19**

#### **Enveloppes budgétaires 2011-2012**

Enveloppes	Budget
Maintien d'actifs - Immobilisations	25 827 803 \$
Maintien d'actifs - Équipements médicaux	23 654 449 \$
Maintien d'actifs - Équipements non médicaux et mobilier	7 247 537 \$
Dépenses de nature capitalisable	3 586 500 \$
Rénovations fonctionnelles mineures en CHSLD	4 641 000 \$
Rénovations fonctionnelles mineures excluant les CHSLD	7 662 932 \$
Fonds équipements - Opération Enfant Soleil - Périnatalité/Néonatalogie	876 720 \$
Projet de Rapatriement de la clientèle 514-450 (budget pour débiter les projets)	2 000 000 \$
<b>TOTAL</b>	<b>75 496 941 \$</b>

### 7.3.2 Projets de construction et d'acquisition d'équipements de plus de 300 000 \$

Plusieurs projets majeurs d'investissement sont présentement à l'étude ou en phase d'exécution totalisant à eux seuls plus de 226 M\$.

Parmi ceux-ci, on notera l'important projet de réaménagement et d'agrandissement de l'unité d'urgence de l'Hôpital Charles LeMoine, annoncé par le ministre le 10 mai 2011. Le projet est à la phase des plans définitifs d'exécution et la construction est prévue en octobre 2012.

Par ailleurs, quelques projets ont pris fin au cours de l'année 2011-2012. Les usagers du nouveau CLSC Châteauguay, du nouveau CHSLD Manoir-Trinité à Longueuil ainsi que du siège social du Centre jeunesse Montérégie ont pris possession de leurs locaux.

Le projet majeur d'agrandissement au CSSS Haut-Richelieu-Rouville est à l'étape des plans définitifs depuis janvier 2012. Il a été intégré en cours d'année 2011-2012 à l'application de la politique-cadre sur la gouvernance des grands projets d'infrastructure publique. Un dossier d'affaires initial (DAI) a donc été préparé et soumis au MSSS. Le dossier d'affaire final (DAF) sera préparé au cours de la prochaine année, en simultané avec les plans et devis d'exécution.

Il est important de souligner le lancement de l'appel d'offres pour l'achat de places pour 3 CHSLD de 66 lits en mode partenariat public-privé (PPP). Ces CHSLD seront situés sur le territoire des CSSS Jardins-Roussillon, de la Haute-Yamaska et Haut-Richelieu-Rouville. Les procédures pour la signature des ententes de partenariat sont en cours.

De plus, il faut également mentionner l'autorisation ministérielle en juin 2011, pour équiper l'Hôpital Charles LeMoine d'une salle d'hémodynamie. Le Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) transférera les activités et les ressources se rattachant à l'une de ses salles d'hémodynamie dans un nouveau local aménagé à l'Hôpital Charles LeMoine afin de desservir les patients de la Montérégie.

Finalement, nous avons enclenché une vaste opération en Montérégie afin de rapprocher l'offre de soins généraux et spécialisés des milieux de vie : le projet de rapatriement de la clientèle de la région 514 vers la Montérégie. Au total, près de 60 M\$ seront investis en immobilier et en équipements. Le projet, qui s'échelonnait sur quatre phases, sera financé à parts égales par le Ministère et par l'Agence, à même les enveloppes régionales d'immobilisation. Une première marge d'emprunt de 2 M\$ a été octroyé par le Ministère en fin d'exercice budgétaire afin de débiter les projets.

**Tableau 20**  
**Projets majeurs d'investissement**

Établissement	Projet	Budget prévu *	
		Étude	Exécution
CSSS Champlain—Charles-Le Moyne	Agrandissement de l'urgence de l'Hôpital Charles LeMoine		46 413 190 \$
CSSS La Pommerai	Maison d'hébergement 40 lits à Cowansville	12 491 134 \$	
CSSS Jardins-Roussillon	Construction du CLSC Châteauguay		15 645 364 \$
CSSS Pierre-Boucher	Nouveau CHSLD Manoir-Trinité – Relocalisation		19 778 000 \$
Centre jeunesse de la Montérégie	Construction du siège social		15 262 588 \$
CSSS Haut-Richelieu—Rouville	Hôpital du Haut-Richelieu Transfert et agrandissement de l'urgence, soins intensifs, laboratoires, bloc opératoire et chirurgie d'un jour	90 418 934 \$	
Kateri Memorial Hospital Center	Agrandissement et réaménagement	26 105 500 \$	

Établissement	Projet	Budget prévu *	
		Étude	Exécution
TOTAL		129 015 568 \$	97 099 142 \$

\* Budget global, sans tenir compte des sources de financement

Une vingtaine de projets de construction de plus de 1 M\$ et d'équipements de plus de 300 000 \$ ont totalisé près de 75 M\$.

**Tableau 21**  
**Projets de construction régionalisés de plus de 1 000 000 \$**

Établissement/installation	Projet	Coût *
<b>CSSS Haut-Richelieu—Rouville</b>		
Résidence Champagnat d'Iberville	Agrandissement et réaménagement aile ouest	3 131 880 \$
Ancien CLSC du Richelieu	Maison des naissances à Richelieu	1 764 285 \$
Hôpital du Haut-Richelieu	Réaménagement de l'urgence et aménagement de l'UHB	1 776 816 \$
<b>CSSS Jardins-Roussillon</b>		
Centre d'accueil La Prairie	Agrandissement réaménagement	3 631 000 \$
<b>CSSS du Suroît</b>		
Centre d'hébergement Cécile-Godin	Agrandissement et réaménagement	4 602 000 \$
Hôpital du Suroît	Agrandissement de la pharmacie dans le cadre du circuit du médicament	1 702 168 \$
<b>CSSS de la Haute-Yamaska</b>		
Centre d'hébergement Villa Bonheur	Agrandissement et réaménagement	4 670 000 \$
<b>CSSS Pierre-Boucher</b>		
Centre d'hébergement De Lajemmerais	Agrandissement et réaménagement	4 513 000 \$

Établissement/installation	Projet	Coût*
<b>CSSS Richelieu-Yamaska</b>		
Hôpital Honoré-Mercier	Mise aux normes ascenseurs	1 641 000 \$
	Hémodialyse Pavillon Hervé-Gagnon	2 026 000 \$
	Projet ambulatoire Pavillon St-Charles (oncologie)	2 120 145 \$
<b>CSSS Pierre-De Sorel</b>		
Centre d'hébergement Elisabeth-Lafrance	Rénovation fonctionnelle majeure	3 509 417 \$
<b>CSSS de Vaudreuil-Soulanges</b>		
Centre d'hébergement de Rigaud	Agrandissement et réaménagement	7 280 000 \$
<b>CSSS Champlain—Charles-Le Moyne</b>		
Hôpital Charles LeMoyne	Entrée électrique 25 kV	9 803 290 \$
	Aménagement d'une salle d'hémodynamie	6 783 686 \$
	Agrandissement et réaménagement du laboratoire de pathologie	5 437 000 \$
	Agrandissement et réaménagement du laboratoire de microbiologie	3 950 000 \$
<b>TOTAL</b>		<b>68 341 687 \$</b>

**Tableau 22**  
**Projets d'équipements de plus de 300 000 \$**

Hôpital	Projet	Coût*
Hôpital Charles LeMoyne	Remplacement d'un appareil d'imagerie par résonance magnétique	2 200 000 \$
	Remplacement d'un système de radiographie	650 000 \$
Hôpital Barrie-Mémorial	Remplacement d'un système de radioscopie	699 000 \$

Hôpital	Projet	Coût*
Hôpital du Suroît	Remplacement de 18 hémodialyseurs	540 000 \$
Hôpital Anna-Laberge	Remplacement du système de monitoring physiologique	1 200 000 \$
Hôpital Pierre-Boucher	Remplacement de 180 pompes à perfusion	700 000 \$
Hôpital Honoré-Mercier	Remplacement du tomodensitomètre	1 094 000 \$
<b>TOTAL</b>		<b>7 083 000 \$</b>

## 7.4 RESSOURCES INFORMATIONNELLES RESEAU

### 7.4.1 Information clinique

L'informatisation constituera un levier important à l'amélioration de la productivité et de l'efficacité du réseau de la santé et des services sociaux. Une meilleure circulation de l'information clinique permettra à l'ensemble des intervenants de disposer d'une information plus complète, permettant d'intervenir plus rapidement et plus judicieusement. Les patients bénéficieront également de soins de santé dont la qualité, l'accessibilité et la sécurité seront rehaussées.

Ces grands projets technologiques ne pourront pas se réaliser sans s'assurer de l'interopérabilité et de l'intégration des systèmes, et de l'optimisation des infrastructures en place. Le traitement et la circulation de l'information en toute sécurité devront également faire partie de nos préoccupations. Pour réaliser cette vision, plusieurs projets prioritaires ayant une portée régionale en sont à différents stades, soit à l'élaboration du dossier d'affaires, soit à la réalisation.



### *Dossier clinique informatisé (DCI)*

La portée du DCI couvre les besoins d'information liés à la prestation de services offerts à tout usager, dans un établissement et sur tout le territoire de la Montérégie. L'interopérabilité et l'intégration des systèmes sont devenues des priorités pour le réseau de la santé et des services sociaux. L'objectif de ce projet est donc de faciliter la circulation de l'information et l'interopérabilité des systèmes transactionnels cliniques et clinico-administratifs des établissements de la région.

### *Projet Groupe de médecine familiale Laboratoire (GMF – Laboratoire)*

Le projet d'informatisation des résultats de laboratoire permet l'accessibilité des résultats de laboratoire aux groupes de médecines familiales (GMF) par une infrastructure régionale vers des dossiers médicaux électroniques (DMÉ) locaux. Ce projet a été conçu pour faciliter l'informatisation des GMF et l'acquisition de DMÉ homologué par chacun des GMF de la région. Cette démarche régionale a pour objectif d'assurer la circulation de l'information des données externes (laboratoire et éventuellement imagerie, pharmacie et autres) et de soutenir ainsi la prestation des soins à la population.

### *Projet Système informatique de pharmacie régional (SIP)*

Le projet de mise en place d'un système de pharmacie régional est en cours de réalisation. Ce système permet d'optimiser l'utilisation des ressources dans la distribution des médicaments au sein des sept établissements touchés par la désuétude de leur système de pharmacie.

Le projet SIP permettra également aux pharmaciens de la région de se partager les travaux clinico-administratifs de gestion à partir d'une base de données commune.

### *Projet Dossier de santé du Québec (DSQ)*

La suite des travaux amorcés depuis 2007 a permis au cours des dernières années d'établir les cibles et l'ordonnancement quant à l'alimentation des données du DSQ.

Au cours de la dernière année, la Montérégie a actualisé le domaine de l'imagerie (PACS, répertoire d'imagerie diagnostique). En ce qui concerne les domaines de la pharmacie et des laboratoires, les travaux sont en cours.

## **7.4.2 Maintien des actifs - ressources informationnelles**

Pour une dernière année en lien avec le cadre quinquennal de gestion des actifs informationnels, une enveloppe de 3,3 M\$ a été octroyée par le MSSS pour l'ensemble des établissements de la région. Le cadre de gestion sur le maintien des actifs informationnels a pour but de renforcer la sécurité du réseau et de répondre en partie aux besoins engendrés par la désuétude dans les établissements en ce qui concerne les postes de travail et les serveurs réseau.

# 8 SATISFACTION ET PLAINTES

## 8.1 LES PLAINTES TRAITEES PAR LES ETABLISSEMENTS

Cette année, les commissaires locaux aux plaintes et à la qualité des services (CLPQS) ont traité 2 159 plaintes et interventions, ce qui représente une augmentation de 8 % par rapport à l'an passé. Toutefois, les médecins examinateurs (ME) ont traité 13 % de moins de plaintes cette année, passant de 303 à 263 pour 2011-2012.

Les commissaires locaux ainsi que les médecins examinateurs ont analysé 3 035 motifs de plainte. Les commissaires locaux ont traité 89 % (2 696) de ces motifs et le ME 11 %.

Les motifs sont regroupés par catégorie. Par rapport à l'ensemble, ces catégories représentent respectivement : 30 % pour les soins et services dispensés aux usagés, 20 % pour l'accessibilité, 19 % pour les relations interpersonnelles, 14 % pour l'organisation du milieu et des ressources matérielles, 8 % pour les droits particuliers, 8 % pour l'aspect financier et 1 % pour les autres motifs.

Les CLPQS ont recommandé 93 % (1 195) et les ME 7 % (85) des 1 280 mesures correctives.

**Tableau 23**  
**Dossiers traités et conclus par les CLPQS et ME (par mission d'établissement)**

	Plaintes et interventions CLPQS		Plaintes ME		Total des plaintes (CLPQS et ME)			
	2011-2012	2010-2011	2011-2012	2010-2011	2011-2012		2010-2011	
					N <sup>bre</sup>	%	N <sup>bre</sup>	%
CLSC	529	430	5	10	534	22 %	440	19 %
CH (CHSGS, CHSP)	1 213	1 186	258	283	1 471	61 %	1 469	64 %
CHSLD	223	202	0	10	223	9 %	212	9 %
CPEJ (CJM, CRJDA)	112	124	n/a	n/a	112	5 %	124	5 %
CRJDA (CRDI-TED, CRPAT, CRPDP, CRDA, CRDV et CRDM)	82	61	n/a	n/a	82	3 %	61	3 %
<b>TOTAL</b>	<b>2 159</b>	<b>2 003</b>	<b>263</b>	<b>303</b>	<b>2 422</b>	<b>100 %</b>	<b>2 306</b>	<b>100 %</b>

## 8.2 LES PLAINTES TRAITEES PAR L'AGENCE

Le commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services (CRPQS) assure le traitement des plaintes adressées aux organismes communautaires, aux résidences privées d'hébergement, aux résidences pour aînés, aux services préhospitaliers et à l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie.

En 2011-2012, le CRPQS a traité et assuré le suivi de 154 plaintes et 39 interventions, une augmentation de 17 % par rapport à 2010-2011. De plus, elle a porté assistance à 937 usagers et a répondu à 368 demandes concernant le respect des droits des usagers. Considérant l'ensemble des dossiers traités, ceci représente une augmentation de 33 % par rapport à l'année dernière.

**Tableau 24**  
**Plaintes et interventions traitées et conclues par le CRPQS**

Type de dossiers	N <sup>bre</sup> dossiers		Variation en % 2012 et 2011
	2011-2012	2010-2011	
Plaintes	154	113	36%
Interventions	39	52	-25%
<b>Sous-total</b>	<b>193</b>	<b>165</b>	<b>17%</b>
Assistances	937	815	15%
Consultations	368	144	156%
<b>Sous-total</b>	<b>1 305</b>	<b>959</b>	<b>36%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>1 498</b>	<b>1 124</b>	<b>33%</b>

Le commissaire régional a étudié 478 motifs de plaintes et d'intervention à la demande des usagers. Les catégories de motif par ordre décroissant, sont les suivants : les soins et services dispensés 30,5 %, les relations interpersonnelles 20 %, l'organisation du milieu et des ressources 18,5 %, les droits particuliers 12 %, l'aspect financier 11 % et l'accessibilité 8 %. Les résidences pour aînés accaparent à elles seules 52 % des motifs traités, alors que 33 % vise les services préhospitaliers, 13 % les organismes communautaires et 2 % l'Agence.

Le commissaire a émis 274 mesures afin d'améliorer la qualité des services aux usagers. Les principales mesures ont pour objet l'adaptation des soins et services (50 %), le respect des droits (12 %) et enfin, les autres mesures (38 %). Ces mesures visaient principalement les résidences privées (71 %), les services préhospitaliers (19 %), les organismes communautaires (7 %), et finalement l'Agence (3 %).

# 9 LES ETATS FINANCIERS DE L'AGENCE

## 9.1 RAPPORT DE L'AUDITEUR INDEPENDANT SUR LES ETATS FINANCIERS RESUMES

Aux membres du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie

Les états financiers résumés ci-joints, qui comprennent les bilans du fonds d'exploitation, d'immobilisations, des activités régionalisées et affectées au 31 mars 2012 et l'état des résultats et de solde de fonds des mêmes fonds pour l'exercice terminé à cette date ainsi que les notes complémentaires pertinentes, sont tirés des états financiers audités de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie pour l'exercice terminé le 31 mars 2012. Nous avons exprimé une opinion avec réserves sur ces états financiers dans notre rapport daté du 1er novembre 2012 (voir ci-dessous). Ni ces états financiers ni les états financiers résumés ne reflètent les incidences d'événements survenus après la date de notre rapport sur ces états financiers.

Les états financiers résumés ne contiennent pas toutes les informations requises par les Normes comptables canadiennes pour le secteur public. La lecture des états financiers résumés ne saurait par conséquent se substituer à la lecture des états financiers audités de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie.

### Responsabilité de la direction pour les états financiers résumés

La direction est responsable de la préparation d'un résumé des états financiers audités conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire 2011-027 (03.01.61.26) publiée par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS).

### Responsabilité de l'auditeur

Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers résumés, sur la base des procédures que nous avons mises en œuvre conformément à la Norme canadienne d'audit (NCA) 810, « Missions visant la délivrance d'un rapport sur des états financiers résumés ».

### Opinion

À notre avis, les états financiers résumés tirés des états financiers audités de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie pour l'exercice terminé le 31 mars 2012 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire 2011-027 (03.01.61.26) publiée par le MSSS. Cependant, les états financiers résumés comportent des anomalies équivalentes à celles des états financiers audités de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie pour l'exercice terminé le 31 mars 2012.

Les anomalies que comportent les états financiers audités sont décrites dans notre opinion avec réserves formulée dans notre rapport daté du 1<sup>er</sup> novembre 2012. Notre opinion avec réserves est fondée sur le fait que, comme exigé par le MSSS, les passifs afférents aux obligations envers les employés en congé parental et se prévalant de l'assurance salaire ne sont pas comptabilisés à l'état de la situation financière, ce qui constitue une dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public. Les incidences de cette dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public sur les états financiers aux 31 mars 2012 et 2011 n'ont pu être déterminées, car l'information n'est pas disponible au sein de l'établissement.

Notre opinion avec réserves est aussi fondée sur le fait que, comme exigé par le MSSS, les contrats de location d'immeubles conclus avec la Société immobilière du Québec sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation alors que, selon la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2, « Immobilisations corporelles louées », il s'agit plutôt de contrats de location-acquisition. Les incidences de cette dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public sur les états financiers aux 31 mars 2012 et 2011 n'ont pu être déterminées au prix d'un effort raisonnable.

Notre opinion avec réserves est aussi fondée sur le fait que, l'Agence ne comptabilise pas à titre d'immobilisation corporelle louée une entente de partenariat public-privé répondant, par ailleurs, à cette définition. En conséquence, l'Agence ne constate pas l'actif et l'obligation relative au bien loué afférente mais comptabilise plutôt en charge les sommes exigibles en vertu de l'entente, ce qui constitue une dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public. Cette dérogation a comme incidence de surévaluer les charges et les revenus de l'exercice de 544 008 \$ (3 182 804 \$ en 2011), de sous-évaluer l'actif et le passif de 28 198 105 \$ (28 883 868 \$ en 2011).

Notre opinion avec réserves indique que, à l'exception des incidences des problèmes décrits, les états financiers audités donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie au 31 mars 2012 ainsi que des résultats de ses activités pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

*Raymond Chabot Brant Thornton S.E. N.C. R. L.*<sup>1</sup>

Brossard, le 1<sup>er</sup> novembre 2012

<sup>1</sup> CPA, CA permis de comptabilité publique n° A122543



## 9.2 ÉTATS FINANCIERS DE L'AGENCE

**Tableau 25**

**Fonds d'exploitation – État des résultats résumé**  
**Exercice terminé le 31 mars 2012**

	Exercice courant	Exercice précédent
<b>PRODUITS</b>		
Subventions du MSSS	23 130 154 \$	23 018 860 \$
Revenus d'intérêts	53 730	31 113
Autres revenus	2 924 282	3 186 404
	<b>26 108 166 \$</b>	<b>26 236 377 \$</b>
<b>CHARGES</b>		
Salaires et avantages sociaux	15 893 497 \$	16 184 364 \$
Charges sociales	1 664 669	1 618 391
Frais de déplacement et d'inscription	195 384	205 859
Services achetés	2 404 274	1 600 661
Communications	604 618	708 701
Loyer	3 111 134	3 395 527
Location d'équipement	61 417	54 808
Fournitures de bureau	636 448	630 946
Autres charges	2 618 967	2 240 038
	<b>27 190 408 \$</b>	<b>26 639 295 \$</b>
<b>Excédent de l'exercice</b>	<b>(1 082 242) \$</b>	<b>(402 918) \$</b>

**Tableau 26**

**Fonds d'exploitation – Bilan résumé**  
**Au 31 mars 2012**

	Exercice courant	Exercice précédent
<b>ACTIF</b>		
Encaisse	4 101 449 \$	3 529 936 \$
Débiteurs MSSS	457 999	310 191
Débiteurs établissements	189 855	280 485
Débiteurs gouvernement du Canada	101 306	
Débiteurs autres	567 699	1 195 696
Charges payées d'avance	124 619	117 887
Subvention à recevoir - provision pour vacances et congés de maladie	2 077 431	2 077 431
	<b>7 620 358 \$</b>	<b>7 511 626 \$</b>
<b>PASSIF</b>		
Créditeurs et charges à payer	2 775 061 \$	3 102 973 \$
Revenus reportés	1 105 835	633 557
Provision pour vacances et congés de maladie	1 938 854	1 966 480
	<b>5 819 750 \$</b>	<b>5 703 010 \$</b>
<b>SOLDE DU FONDS</b>		
Solde au début	1 808 616 \$	1 196 572 \$
Transferts interfonds (provenance)	1 127 188	1 152 702
Transferts interfonds (affectations)	(52 954)	(137 740)
Excédent de l'exercice	(1 082 242)	(402 918)
<b>Solde à la fin</b>	<b>1 800 608 \$</b>	<b>1 808 616 \$</b>
	<b>7 620 358 \$</b>	<b>7 511 626 \$</b>

**Tableau 27**  
**Fonds des immobilisations – État des résultats résumé**  
**Exercice terminé le 31 mars 2012**

	Exercice courant	Exercice précédent
<b>PRODUITS</b>		
Subventions du MSSS pour le remboursement de la dette-capital et de la dette - intérêt	6 861 097 \$	9 550 943 \$
Autres revenus	10 182	43 513
	<b>6 871 279 \$</b>	<b>9 594 456 \$</b>
<b>CHARGES</b>		
Frais d'intérêts	3 988 826 \$	4 349 155 \$
Dépenses non capitalisables	2 051 930	4 829 261
Amortissement des frais d'émission et escompte sur obligations	34 448	33 331
Amortissement - Immobilisations	701 658	706 289
Autres charges	10 182	10 182
	<b>6 787 044 \$</b>	<b>9 928 218 \$</b>
<b>Déficit de l'exercice</b>	<b>84 235 \$</b>	<b>(333 762) \$</b>

**Tableau 28**  
**Fonds des immobilisations – Bilan résumé**  
**Au 31 mars 2012**

	Exercice courant	Exercice précédent
<b>ACTIF</b>		
Encaisse	1 004 689 \$	193 717 \$
Avance de fonds aux établissements publics	52 139 739	46 950 367
Débiteurs MSSS	455 898	903 017
Débiteur Gouvernement du Canada	46 261	-
Autres débiteurs et autres éléments	60 233	413 140
Immobilisations	3 648 094	3 127 910
Frais reportés liés aux dettes	145 560	153 282
Subvention à recevoir - réforme comptable	84 690 368	91 332 591
	<b>142 190 842 \$</b>	<b>143 074 024 \$</b>
<b>PASSIF</b>		
Découvert de banque	24 091 \$	- \$
Emprunts temporaires	54 341 610	52 512 420
Intérêts courus à payer	818 299	934 530
Salaires courus à payet et autres éléments	2 331 994	827 989
Provision pour vacances et congés de maladie	6 146	10 486
Avance de fonds en provenance d'une agence	16 955	-
Dettes à long terme	84 226 301	88 788 599
	<b>141 765 396 \$</b>	<b>143 074 024 \$</b>
<b>SOLDE DU FONDS</b>		
Déficit de l'exercice	84 235 \$	(333 762) \$
Transferts interfonds (provenance)	471 650	320 479
Transferts interfonds (affectations) - autres	(130 439)	13 283
<b>Solde à la fin</b>	<b>425 446 \$</b>	<b>- \$</b>

Tableau 29

Fonds des activités régionalisées – État des résultats résumés  
Exercice terminé le 31 mars 2012

	Exercice courant	Exercice précédent
<b>PRODUITS</b>		
Crédits régionaux destinés aux établissements	10 761 598 \$	8 636 75 \$
Variation des revenus reportés - MSSS	(961 790)	(84 341)
Variation de la subvention à recevoir - provision à payer congés de maladie et de vacances	-	5 051
FINESSE	12 515 673	6 629 651
Contributions des établissements	1 844 334	2 293 910
Revenus d'intérêts	78 974	45 544
Ventes de services et recouvrements	1 241 244	2 259 001
Autres revenus	3 541 585	1 950 960
	<b>29 021 618 \$</b>	<b>21 736 527 \$</b>
<b>CHARGES</b>		
Salaires et avantages sociaux	6 068 321 \$	6 028 984 \$
Charges sociales	613 751	626 426
Frais de déplacement et d'inscription	98 530	131 424
Services achetés	2 151 498	2 080 760
Publicité et communications	77 122	104 846
Loyers	26 945	44 739
Dépenses de transfert	133 022	-
Fournitures de bureau	407 162	188 495
Autres charges	17 790 049	11 084 163
	<b>27 366 400 \$</b>	<b>20 349 837 \$</b>
<b>Excédent de l'exercice</b>	<b>1 655 218 \$</b>	<b>1 386 690 \$</b>

Tableau 30

Fonds des activités régionalisées – Bilan résumé  
Au 31 mars 2012

	Exercice courant	Exercice précédent
<b>ACTIF</b>		
Encaisse	10 581 875 \$	5 688 199 \$
Débiteurs MSSS	1 033 008	1 013 647
Débiteurs établissements publics	759 112	1 332 043
Débiteurs Gouvernement du Canada	19 078	-
Autres débiteurs	465 918	849 119
Charges payés d'avance	44 601	47 167
Autres éléments	(13 627)	118 519
Subvention à recevoir - provision pour va- cances et congés de maladie	572 773	572 773
	<b>13 462 738 \$</b>	<b>9 621 467 \$</b>
<b>PASSIF</b>		
Découvert de banque	- \$	127 960 \$
Créditeurs MSSS	3 841 466	35 509
Créditeurs établissements	9 611	790 030
Salaires courus à payer et autres créditeurs	929 287	1 211 471
Autres revenus reportés	2 960 570	2 055 748
Provision pour vacances et congés de mala- dies	657 847	679 589
	<b>8 398 781 \$</b>	<b>4 900 307 \$</b>
<b>SOLDE DU FONDS</b>		
Solde au début	6 485 411 \$	6 296 353 \$
Excédent de l'exercice	1 655 218	1 386 690
Transferts interfonds (provenance)	385 338	195 911
Transferts interfonds (affectations)	(1 828 197)	(357 983)
Autres transferts interfonds	130 439	-
Redressements demandés par le MSSS	(1 764 252)	(2 799 811)
<b>Solde à la fin</b>	<b>5 063 957 \$</b>	<b>4 721 160 \$</b>
	<b>13 462 738 \$</b>	<b>9 621 467 \$</b>

**Tableau 31**  
**Bilan et état cumulés résumés de la provenance et de**  
**l'utilisation des fonds affectés**  
**Exercice terminé le 31 mars 2012**

	Exercice courant	Exercice précédent
<b>ACTIF</b>		
Encaisse	7 717 348 \$	6 434 167 \$
Débiteurs MSSS	909 934	1 922 518
Débiteurs établissements	-	22 405
Débiteurs Gouvernement du Canada	11 214	-
Débiteurs autres	123 829	77 637
Autres éléments	11 499	
Charges payées d'avance	-	13 994
Subvention à recevoir - provision pour vacances et congés de maladie	47 312	47 312
	<b>8 821 136 \$</b>	<b>8 518 033 \$</b>
<b>PASSIF</b>		
Découvert de banque	12 539 \$	12 544 \$
Créditeurs établissements	41 574	391 021
Créditeurs et charges à payer	1 595 543	1 230 392
Revenus reportés	146 587	165 805
Autres éléments	1 622	189 682
Provision pour vacances et congés de maladie	67 718	45 565
	<b>1 865 583 \$</b>	<b>2 035 009 \$</b>
<b>SOLDE DU FONDS AU DÉBUT</b>	<b>6 483 024 \$</b>	<b>5 972 598 \$</b>
Transferts interfonds (affectations)	(103 030)	(35 111)
Transferts interfonds (provenance)	-	(1 842)
	<b>6 379 994 \$</b>	<b>5 935 645 \$</b>

	Exercice courant	Exercice précédent
<b>PRODUITS</b>		
Crédits régionaux	51 590 933 \$	49 190 629 \$
Aj. subvention à recevoir - variation de la provision pour vacances et congés de maladie	-	351
FINESSS	10 970 308	10 356 826
Revenus de placements	144 850	107 997
Autres revenus	16 017 666	15 757 678
	<b>78 723 757 \$</b>	<b>75 413 481 \$</b>
<b>CHARGES</b>		
Établissements publics	77 733 327 \$	74 618 018 \$
Salaires	294 792	94 233
Avantages sociaux	42 713	18 042
Charges sociales	15 228	11 948
Frais de déplacement et d'inscription	1 861	(1 857)
Services achetés	7 943	22 884
Location d'équipement	43 337	-
Fournitures de bureau	8 997	75 607
Autres charges	-	27 227
	<b>78 148 198 \$</b>	<b>74 866 102 \$</b>
<b>SOLDE DU FONDS À LA FIN</b>	<b>6 955 553 \$</b>	<b>6 483 024 \$</b>
	<b>8 821 136 \$</b>	<b>8 518 033 \$</b>

Tableau 32

État résumé d'allocation de l'enveloppe régionale des crédits  
Exercice terminé le 31 mars 2012

	Exercice courant	Exercice précédent
<b>ENVELOPPE RÉGIONALE</b>		
Montant de l'enveloppe régionale finale inscrit dans le système SBF-R	2 172 027 117 \$	2 047 317 542 \$
<b>AFFECTATION DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE</b>		
Allocations aux établissements	2 016 416 144 \$	1 918 155 858 \$
Allocations aux organismes communau- taires	67 164 466	63 410 838
Allocations à d'autres organismes	999	1 092
<b>Montant des allocations de l'enveloppe régionale inscrites dans le système SBF-R</b>	<b>2 083 581 609 \$</b>	<b>1 981 567 788 \$</b>
Montant engagé au formulaire budgé- taire de l'Agence ayant un impact à l'enveloppe régionale finale	82 898 224	63 864 086
Autres	90 600	65 100
<b>Total des affectations</b>	<b>2 166 570 433 \$</b>	<b>2 045 496 974 \$</b>
Total des comptes à payer inscrits en fin d'exercice dans le système SBF-R	5 105 987	1 321 676
Comptes à fin déterminée reportés à l'enveloppe régionale de l'exercice sub- séquent	350 697	498 892
<b>TOTAL</b>	<b>2 172 027 117 \$</b>	<b>2 047 317 542 \$</b>



## ANNEXE I

### CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'AGENCE, CONSEILS ET COMITÉS

#### CONSEIL D'ADMINISTRATION

##### Membres

M. Richard Deschamps  
Président-directeur général et secrétaire  
Mme Nicole Mongeon  
Présidente  
M. Philippe Bonneau  
Vice-président  
M. Patrick Sabourin  
Mme Liette Brousseau  
M. Michel Bienvenu  
Dr Patrick Bisson  
Dr Jean Desormeau  
M. Jacques Laberge  
Mme Lina Lauzier  
M. Luc Mathieu  
Mme Danielle Picotte  
M. Bruno Tremblay  
M. Martin Turbide

##### Membres sortants

Mme Anne Marleine Delcy  
M. Jean Lemonde  
Mme Marion Standish  
Mme Lucie Savaria-Pellegrini  
M. Paul St-Onge

##### Bilan des activités

Le mandat de plusieurs membres du conseil d'administration a pris fin au cours de l'année 2011-2012. Le ministre de la Santé et des Services sociaux a renouvelé les mandats de Dr Patrick Bisson, Dr Jean Desormeaux et de M. Bruno Tremblay. Le conseil a également accueilli trois nouveaux membres, à savoir mesdames Lina Lauzier, Liette Brousseau en remplacement de Mme Marion Standish et Danielle Picotte en remplacement de Mme Anne Marleine Delcy. Par ailleurs, à l'automne 2011, trois membres ont remis leur démission puisqu'ils ont accepté de se présenter au conseil d'administration d'un établissement. Le conseil remercie sincèrement les membres sortants pour leur importante contribution à la gouvernance du réseau montréalais.

Au cours de l'année se terminant le 31 mars 2012, le conseil d'administration a tenu 10 rencontres, dont 4 réunions extraordinaires et 6 séances publiques au cours desquelles 42 personnes sont intervenues lors des périodes de questions. Plusieurs dossiers touchant le réseau ont retenu l'attention du conseil. Mentionnons la création du CSSS Champlain-Charles-Le Moyne, la conversion en établissement public du Centre de réadaptation Foster et le renouvellement des conseils d'administration des établissements.

Comme chaque année, le conseil a évalué son fonctionnement. Il a également procédé à la révision du Règlement déterminant les règles de fonctionnement du conseil et du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs et administratrices de l'Agence.

La présidente du conseil d'administration témoigne du respect du Code d'éthique et de déontologie annexé à ce rapport. Aucun manquement au code n'a été constaté au cours de l'année.

## **Comité administratif**

### **Membres**

M. Richard Deschamps

Secrétaire

Mme Nicole Mongeon

Présidente

M. Philippe Bonneau

Vice-président

## **Comité de vérification**

### **Membres**

M. Patrick Sabourin

Président

M. Bruno Tremblay

M. Martin Turbide

## **Comité de vigilance et de la qualité**

### **Membres**

Mme Liette Brousseau

Présidente

Mme Alexandrine Côté

M. Richard Deschamps

Mme Nicole Mongeon

M. Philippe Bonneau

### **Bilan des activités**

Conformément à son mandat, le comité administratif s'est penché sur plusieurs projets de modification aux règlements. De plus, il a été mis à contribution pour recommander la nomination de deux personnes au conseil d'administration de chaque établissement de la Montérégie (pour le collège Agence) ainsi que pour pourvoir aux postes laissés vacants à la fin du processus de renouvellement des conseils d'administration des établissements.

### **Bilan des activités**

Les membres du comité de vérification se sont réunis à six reprises. Ils ont notamment assuré le suivi des recommandations des vérificateurs externes et la planification de l'exercice de vérification 2011-2012. De plus, ils ont recommandé au conseil l'adoption du rapport financier annuel 2010-2011 ainsi que l'adoption du budget d'exploitation et des fonds régionalisés 2011-2012 de l'Agence.

### **Bilan des activités**

Le comité de vigilance et de la qualité a tenu trois réunions. Les membres ont assuré le suivi de l'application des recommandations de la commissaire régionale aux plaintes et à la qualité des services et du Protecteur du citoyen.

## INSTANCES RÉGIONALES

### Commission infirmière régionale (CIR)

#### Membres

Mme Sylvie Desjardins

Présidente

Mme Carmelle Champagne Chagnon

Mme Chantal Charrette

Mme Nicole Choinière

M. Luc Daigneault

Mme Céline Jodar

Mme Sophie Dubois

Mme Lina Lauzier

Mme Manon Martin

Mme Pauline Plourde

Mme Lyne Tremblay

Mme Marie-Noëlle Ouellet

Mme Catherine Deslandes

### Commission multidisciplinaire régionale (CMuR)

#### Membres

Mme Monique Charbonneau

Mme Elizabeth Chittim

Mme Christine Daniel

Mme Chantal Lévesque

Mme Sylvie Martineau

M. Jean-Philippe Matton

Mme Marie Ouellet

Mme Danielle Picotte

Mme Diane Raymond

#### Bilan des activités

La Commission infirmière régionale s'est réunie à trois reprises. À la demande du conseil d'administration, elle a travaillé à la production d'un avis sur une trajectoire de services intégrés pour la clientèle atteinte de maladies chroniques, notamment le diabète. De plus, la CIR a été informée de l'avancement du dossier d'informatisation du réseau, notamment au chapitre du dossier clinique informatisé (DCI). Enfin, la CIR a été interpellée dans le cadre de la démarche de consultation sur la proposition de la table sectorielle des RUIS de l'OIIQ.

Sur recommandation de la CIR, le conseil d'administration a adopté une modification au Règlement sur les modalités de désignation des membres et les règles de fonctionnement de la Commission infirmière régionale visant à réserver un des quatre postes de personnes ressources (membre observateur) à un membre du conseil d'administration de l'Ordre régional des infirmières et infirmiers de la Montérégie.

#### Bilan des activités

Les membres de cette Commission ont été convoqués à trois réunions. À la demande du conseil d'administration, la CMuR a travaillé à la production d'un avis sur une trajectoire de services intégrés pour la clientèle atteinte de maladies chroniques, notamment le diabète. L'informatisation du réseau notamment au regard du dossier clinique informatisé (DCI) a également fait l'objet d'une présentation à la CMuR.

## Département régional de médecine générale (DRMG)

Dre Louise Quesnel

Chef du DRMG

### Membres élus

Dre Isabel Mayrand

Dre Manon Proulx

Dr Claude Rivard

### Membres nommés

Dre Karyne Amyot

Dr Michel Brodeur

Dr Richard Desmarais

Dre Renée Lafrenière

Dr Denis Lesieur

Dr Bernard Magnan

Dre Sylvie Parent

Dr Jean Désormeau

Dr Jacques Ricard

### Bilan des activités

Le DRMG donne son avis de pertinence clinique aux directions de l'Agence qui le demandent. Certains membres du comité de direction participent à différents comités tels le dossier clinique informatisé et le Comité régional pour l'implantation de l'infirmier praticien spécialisé et l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne. Un comité de travail composé de médecins, spécialistes et omnipraticiens, d'une infirmière et de représentants de l'Agence a été formé au cours de l'année pour revoir l'offre et la demande de services en soins de longue durée, évaluer les problématiques des services en centre d'hébergement et cerner des pistes de solutions. Un autre comité de travail du DRMG, de l'Agence et de certains départements de médecine générale et de médecine d'urgence a été créé afin de revoir la répartition des tâches hospitalières.

Le DRMG coordonne aussi les tables locales dans chacun des territoires. Leur mandat comprend, entre autres, l'amélioration des liens avec les CSSS pour optimiser l'offre de service médical.

Le DRMG chapeaute le Collectif pour les meilleures pratiques et l'amélioration des soins de santé (CoMPAS) dans les ateliers qui sont offerts aux médecins omnipraticiens et aux intervenants en première ligne. Les ateliers CoMPAS ont comme objectif d'améliorer la condition de santé et le bien-être des patients atteints de maladies chroniques (asthme, diabète, MCV et MPOC) et des comorbidités qui les accompagnent. Six ateliers portant sur le diabète ont été organisés pour les médecins des territoires de la Haute-Yamaska, Richelieu-Yamaska, Jardins-Roussillon, du Haut-Saint-Laurent, de Vaudreuil-Soulanges et du Suroît.

Le DRMG appuie une gestion des activités médicales particulières mixtes pour permettre d'augmenter la prise en charge en première ligne. La gestion du plan régional des effectifs médicaux en omnipratique est basée sur l'équité quant aux ressources, à l'identification des besoins prioritaires et à l'organisation des soins en réseau interdisciplinaire pour atténuer les effets de la pénurie en médecine de famille dans la région.

La méthodologie utilisée pour faire la répartition des nouveaux effectifs médicaux a été revue et expliquée aux directeurs généraux et aux directeurs des services profes-

Table régionale des chefs de  
département de médecine spécialisée  
(TRCDMS)

**Membres élus**

Dr Patrick Bisson

Chef

Dr Gilles Scherer

Dr Sylvain Jourdain

**Membres nommés**

Dre Michèle Leclerc

Dr André Comtois

Dre Diane Cabana

Dr François Gobeil

Dr Jacques Ricard

sionnels des CSSS. Avec les effectifs disponibles, la priorité d'action du DRMG demeure que chaque Montérégien, particulièrement les plus vulnérables, ait accès à un médecin de famille. Au cours de l'année, le travail d'évaluation de l'offre de service des GMF et des cliniques-réseau s'est poursuivi, de même que les recommandations en vue de leur renouvellement ainsi que la recommandation pour l'accréditation de plusieurs projets.

La préparation du colloque portant sur l'informatisation des cliniques et sur le dossier médical informatisé a fait l'objet de plusieurs travaux pour s'assurer de la réussite de la journée de formation continue prévue au cours de l'année 2012-2013.

**Bilan des activités**

Au cours de l'année, la Table a tenu trois réunions ordinaires et deux conférences téléphoniques.

En plus de la poursuite de ces travaux en lien avec le plan des effectifs médicaux spécialisés, notamment au niveau de la microbiologie, la Table et ses sous-comités ont participé aux travaux concernant les dossiers suivants :

- Plan de déploiement des services de sages-femmes;
- Plan d'action régional en néonatalogie;
- Plan d'organisation en réseau des services de biologie médicale de la Montérégie
- Plan d'action régional en suppléance rénale;
- Plan d'action régional sur le diagnostic et le traitement de la dégénérescence maculaire liée à l'âge;
- Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier;
- Les difficultés d'approvisionnement en médicament lié à la compagnie Sandoz;
- Le partage de la prise en charge en charge médicale des clientèles.



## Comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP)

### Membres élus

Mme Josée Robillard

Présidente

Mme Hélène Blanchette

Mme Mélanie Caron

Mme Julie Coderre

### Membres nommés

Mme Catherine Charbonneau

Mme Suzanne Fradet

M. Benoît Morand

Mme Diane Pelletier

Dr Jacques Ricard

### Bilan des activités

Le CRSP a tenu cinq réunions. Il a effectué des travaux, donné des avis ou fait des recommandations sur les dossiers suivants :

- Les ordonnances collectives, notamment l'ordonnance collective pour amorcer la thérapie de remplacement de la nicotine;
- La collaboration avec le Département régional de médecine générale de la Montérégie;
- Le projet CoMPAS (collectif pour les meilleures pratiques et l'amélioration des soins et services);
- Le profil pharmaceutique – liens entre les pharmaciens d'établissement et les pharmaciens en milieu communautaire;
- L'état des services pharmaceutiques en Montérégie;
- L'utilisation de la pénicilline G benzathine pour le traitement des personnes atteintes de syphilis;
- Le projet pilote visant à optimiser la collaboration entre les pharmaciens communautaires et les GMF/CSSS du territoire du Suroît dans le cadre des soins et services aux patients hypertendus;
- La nomination d'un membre du CRSP;
- L'Extranet de l'Agence;
- L'organisation des services pour le diagnostic et le traitement de la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) en Montérégie;
- La présence des pharmaciens au conseil d'administration des agences.

## Forum de la population

### Membres

Mme Shirley St. James

Présidente

Mme Mireille Beaulac

M. Yvan Brodeur

Mme Miriam Del Pozo

M. Louis Gravel

M. André Labbé

Mme Denise Longtin-Gendron

M. Richard Marois

Mme Pauline Mercier-Laguë

M. John Ryan

### Bilan des activités

Suite à des modifications législatives du printemps 2011, le conseil d'administration a aboli le Forum de la population et abrogé le règlement sur son fonctionnement. Par ailleurs, le président-directeur général de l'Agence a été mandaté de mettre en place des modalités de consultation adaptées à chaque situation lorsque des consultations sont requises.

L'Agence tient à remercier les personnes qui y ont œuvré depuis 2009.

Comité régional sur l'accessibilité des  
services de santé et des services  
sociaux aux personnes d'expression  
anglaise

**Membres**

Mme Catherine Lemay  
M. David Wright  
Mme Joani Tannenbaum  
Mme Louise Messier  
Mme Christine Tougas  
Mme Julie Hobbs  
Mme Helen Noakes  
Mme Lorraine Torpy  
M. Milton Reddick  
Mme Pauline Wiedow

**Bilan des activités**

Le *Programme d'accès aux services de santé et services sociaux en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise* a reçu l'approbation du conseil des ministres, officialisant sa distribution.

Les membres du comité ont également été impliqués dans une vaste consultation afin de donner leurs commentaires et recommandations sur le document *Les priorités de la population anglophone du Québec en matière de soin de santé et de services sociaux* produit par le Quebec Community Groups Network.

Les membres ont eu une présentation sur le Projet de formation et de maintien en poste des professionnels de la santé chapeauté par l'Université McGill. La mesure 1 de ce projet se traduit par des cours de langues pour les professionnels du réseau et la mesure 2 vise la création de milieux de stage dans le réseau. Les membres du comité se sont prononcés sur le déploiement de la mesure 2.

De plus, les membres ont eu l'opportunité de rencontrer les agents de liaison qui ont été embauchés dans le cadre d'un autre projet qui vise l'amélioration de l'accessibilité aux services de santé et aux services sociaux pour les personnes d'expression anglaise de la Montérégie. Ce dernier est financé par le Réseau communautaire de santé et de services sociaux (RCSSS). Des mises à jour de ce projet ont été effectuées tout au long de l'année.

Le comité régional a poursuivi les travaux en lien avec ses objectifs annuels. Par exemple, des rencontres d'information et de discussion ont eu lieu avec certains établissements régionaux (le Centre jeunesse de la Montérégie et les centres de réadaptation en déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement [CRDITED]).

**Comité régional sur l'accessibilité aux  
services de santé et aux services sociaux  
pour les communautés ethnoculturelles**

**Membres**

Mme Xixi Lee  
M. Barrouk Bouchaib  
Mme Miriam Del Pozo  
Mme Claudia Persa  
Mme Anne-Laure Pravert  
M. Hugues Tingué  
Mme Sophie Leduc

**Bilan des activités**

Il n'y a pas eu d'activités pour ce comité au cours de la dernière année.

## ANNEXE II

### BUDGET NET DE FONCTIONNEMENT DES ÉTABLISSEMENTS, SURPLUS OU DÉFICIT

Le budget net de fonctionnement des établissements de la région totalise 1 991 829 215 \$ pour l'année 2011-2012.

**Tableau 33**  
**Budget net de fonctionnement - Établissements publics**

Centres de santé et de services sociaux	2011-2012	2010-2011
Pierre-Boucher	249 276 989 \$	232 841 025 \$
Haut-Richelieu—Rouville	217 250 458 \$	203 667 472 \$
Champlain	70 995 107 \$	65 993 194 \$
Pierre-De Saurel	98 689 869 \$	93 732 353 \$
du Suroît	122 072 431 \$	118 390 510 \$
Jardins-Roussillon	153 907 152 \$	144 571 007 \$
La Pommeraie	76 465 222 \$	71 787 958 \$
Richelieu-Yamaska	206 983 699 \$	197 744 589 \$
de Vaudreuil-Soulanges	47 753 782 \$	45 484 057 \$
du Haut-Saint-Laurent	27 457 707 \$	26 653 195 \$
de la Haute-Yamaska	118 241 711 \$	111 744 256 \$
<b>Sous-total</b>	<b>1 389 094 127 \$</b>	<b>1 312 609 616 \$</b>

Établissements régionaux	2011-2012	2010-2011
Hôpital Charles LeMoine	224 155 495 \$	207 984 254 \$
Centre jeunesse de la Montérégie	136 518 858 \$	133 070 668 \$
Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Montérégie-Est	82 201 271 \$	79 467 437 \$
Centre montréalais de réadaptation	28 759 774 \$	25 684 815 \$
Les Services de Réadaptation du Sud-Ouest et du Renfort	47 887 705 \$	46 493 725 \$
Centre de réadaptation Foster	3 660 328 \$	3 311 945 \$
Institut Nazareth et Louis-Braille	14 997 612 \$	14 629 416 \$
Le Virage	9 065 982 \$	8 681 446 \$
<b>Sous-total</b>	<b>547 247 025 \$</b>	<b>519 323 706 \$</b>
<b>TOTAL DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS</b>	<b>1 936 341 152 \$</b>	<b>1 831 933 322 \$</b>



**Tableau 34****Budget agréé – Établissements privés conventionnés**

<b>Centres d'hébergement et de soins de longue durée</b>	<b>2011-2012</b>	<b>2010-2011</b>
Accueil du Rivage inc.	1 997 023 \$	1 892 435 \$
Centre d'accueil Marcelle Ferron inc.	15 728 259 \$	14 036 256 \$
Résidence Sorel-Tracy inc.	3 955 901 \$	3 835 180 \$
Santé Courville de Waterloo	1 498 521 \$	1 429 553 \$
Vigi Santé Itée (CHSLD de Brossard)	4 398 279 \$	4 255 870 \$
Vigi Santé Itée (CHSLD de la Montérégie)	6 260 593 \$	6 047 949 \$
Centre d'hébergement Champlain Jean-Louis-Lapierre	4 576 371 \$	4 435 368 \$
Centre d'hébergement Champlain Châteauguay	6 368 083 \$	6 220 415 \$
Centre d'hébergement Champlain des Pommeters	10 705 033 \$	10 086 364 \$
<b>TOTAL DES ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS CONVENTIONNÉS</b>	<b>55 488 063 \$</b>	<b>52 239 390 \$</b>

**Tableau 35****Total régional du budget net de fonctionnement et budget agréé**

	<b>2011-2012</b>	<b>2010-2011</b>
Établissements publics et privés conventionnés	1 991 829 215 \$	1 884 172 712 \$

**Tableau 36**  
**Surplus ou déficit**

	2011-2012	2010-2011
<b>Centres de santé et de services sociaux</b>		
Pierre-Boucher	(1 084 999 \$)	(1 125 090 \$)
Haut-Richelieu—Rouville	(256 689 \$)	(577 354 \$)
Champlain	(1 151 684 \$)	389 877 \$
Pierre-De Saurel	(408 959 \$)	(408 958 \$)
du Suroît	(464 390 \$)	(345 815 \$)
Jardins-Roussillon	(336 972 \$)	(393 397 \$)
La Pommeraie	0 \$	(730 714 \$)
Richelieu-Yamaska	524 076 \$	(184 102 \$)
de Vaudreuil-Soulanges	37 375 \$	60 975 \$
du Haut-Saint-Laurent	(24 417 \$)	0 \$
de la Haute-Yamaska	1 030 036 \$	249 513 \$
<b>Sous-total</b>	<b>(2 136 623 \$)</b>	<b>(3 065 065 \$)</b>
<b>Établissements régionaux</b>		
Hôpital Charles LeMoine	0 \$	(1 590 427 \$)
Centre jeunesse de la Montérégie	371 533 \$	142 295 \$
Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Montérégie-Est	161 709 \$	340 410 \$
Centre montréalais de réadaptation	320 029 \$	153 062 \$
Les Services de Réadaptation du Sud-Ouest et du Renfort	(133 712 \$)	417 291 \$
Centre de réadaptation Foster	137 599 \$	57 547 \$

	2011-2012	2010-2011
Institut Nazareth et Louis-Braille	168 862 \$	235 753 \$
Le Virage	64 653 \$	75 077 \$
<b>Sous-total</b>	<b>1 090 673 \$</b>	<b>(168 992 \$)</b>
<b>TOTAL DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS<sup>1</sup></b>	<b>(1 045 950 \$)</b>	<b>(3 234 057 \$)</b>
<b>Établissements privés conventionnés – Centres d'hébergement et de soins de longue durée</b>		
Accueil du Rivage inc.	46 280 \$	35 679 \$
Centre d'accueil Marcelle Ferron inc.	(281 751 \$)	(414 697 \$)
Résidence Sorel-Tracy inc.	322 338 \$	283 893 \$
Santé Courville de Waterloo	(128 580 \$)	40 003 \$
Vigi Santé Itée (CHSLD de Brossard)	163 570 \$	134 733 \$
Vigi Santé Itée (CHSLD de la Montérégie)	125 626 \$	148 986 \$
Centre d'hébergement Champlain Jean-Louis-Lapierre	44 146 \$	213 044 \$
Centre d'hébergement Champlain Châteauguay	263 672 \$	228 146 \$
Centre d'hébergement Champlain des Pommétiers	199 958 \$	284 455 \$
<b>Total des établissements privés conventionnés</b>	<b>755 259 \$</b>	<b>954 242 \$</b>
<b>TOTAL RÉGIONAL DU SURPLUS (DÉFICITS) – ÉTABLISSEMENTS PUBLICS ET PRIVÉS CONVENTIONNÉS</b>	<b>(290 691 \$)</b>	<b>(2 279 815 \$)</b>

1 Incluant les transferts interfonds.

## ANNEXE III

### SUBVENTIONS DÉTAILLÉES AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

En 2011-2012, 469 organismes ont reçu 67 millions \$.

**Tableau 37**  
**Total des subventions accordées aux organismes communautaires**

	Subventions 2011-2012	Subventions 2010-2011
Sous-total – Maintien à domicile	5 659 152 \$	5 464 056 \$
Sous-total – Promotion et services à la communauté	61 505 323 \$	57 922 232 \$
<b>GRAND TOTAL</b>	<b>67 164 475 \$</b>	<b>63 386 288 \$</b>

**Tableau 38**  
**Subventions accordées aux organismes de maintien à domicile**

	Subventions 2011-2012	Subventions 2010-2011
<b>PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT</b>		
<b>Cancer</b>		
Amis du Crépuscule (Les)	46 872 \$	45 908 \$
Équipe d'accompagnement Au Diapason (L')	40 200 \$	40 200 \$
Organisation de Valleyfield des personnes atteintes de cancer (OVPAC)	14 334 \$	13 922 \$
Présence Amie de la Montérégie	47 104 \$	47 104 \$
	<b>148 510 \$</b>	<b>147 134 \$</b>

	Subventions 2011-2012	Subventions 2010-2011
<b>Centre d'action bénévole (CAB)</b>		
Carrefour communautaire l'Arc-en-ciel	27 110 \$	27 110 \$
Centre d'action bénévole Les p'tits bonheurs de St-Bruno	80 255 \$	78 605 \$
Centre d'action bénévole de Beauharnois (Le)	110 260 \$	107 993 \$
Centre d'action bénévole de Bedford et environs inc.	87 358 \$	85 561 \$
Centre d'action bénévole de Boucherville	138 984 \$	136 125 \$
Centre d'action bénévole de Contrecoeur « À plein cœur »	91 458 \$	89 577 \$
Centre d'action bénévole de Cowansville	105 912 \$	103 734 \$
Centre d'action bénévole de Farnham inc.	106 249 \$	104 064 \$
Centre d'action bénévole de Granby inc.	136 339 \$	133 534 \$
Centre d'action bénévole de la Frontière	100 495 \$	98 428 \$
Centre d'action bénévole de la Vallée-du-Richelieu inc.	110 363 \$	108 093 \$
Centre d'action bénévole de Saint-Césaire	56 998 \$	56 038 \$
Centre d'action bénévole de Saint-Hubert	92 285 \$	90 387 \$
Centre d'action bénévole de St-Jean-sur-Richelieu inc. (Le)	106 602 \$	104 409 \$
Centre d'action bénévole de Valleyfield inc.	121 451 \$	118 953 \$
Centre d'action bénévole de Waterloo inc.	91 570 \$	89 687 \$
Centre d'action bénévole d'Iberville et de la région	98 527 \$	96 501 \$
Centre d'action bénévole du Bas-Richelieu inc.	79 553 \$	77 917 \$

	Subventions 2011-2012	Subventions 2010-2011
Centre d'action bénévole du grand Châteauguay	139 636 \$	136 764 \$
Centre d'action bénévole et communautaire La Mosaïque	107 558 \$	105 346 \$
Centre d'action bénévole La Seigneurie de Monnoir	75 316 \$	73 767 \$
Centre d'action bénévole l'Actuel	109 746 \$	107 489 \$
Centre d'action bénévole Soulanges	76 808 \$	75 228 \$
Centre d'action bénévole Interaction	65 386 \$	64 042 \$
Centre de bénévolat d'Acton Vale	115 729 \$	113 348 \$
Centre de bénévolat de la Rive-Sud	348 592 \$	341 422 \$
Centre de bénévolat de Saint-Basile-le-Grand inc.	50 750 \$	50 750 \$
Centre de bénévolat de Saint-Hyacinthe inc. (Le)	144 689 \$	141 713 \$
Centre de bénévolat Mieux-être Ville de Lac Brome	2 235 \$	2 235 \$
Centre de soutien entr'Aidants	237 084 \$	232 208 \$
Centre d'entraide bénévole de St-Amable inc.	94 141 \$	92 205 \$
Centre d'entraide régional d'Henryville	64 717 \$	63 386 \$
Envolée Centre d'action bénévole Sainte-Julie (L')	114 383 \$	112 030 \$
Service d'action bénévole « Au coeur du Jardin » inc.	127 513 \$	124 890 \$
	<b>3 616 053 \$</b>	<b>3 543 540 \$</b>

	Subventions 2011-2012	Subventions 2010-2011
<b>Déficiences intellectuelles</b>		
Parrainage Civique de Vaudreuil-Soulanges	9 000 \$	9 000 \$
	<b>9 000 \$</b>	<b>9 000 \$</b>
<b>Maintien à domicile</b>		
Association des aidants(es) naturels(les) du Bas-Richelieu	82 038 \$	80 351 \$
Association vivre et vieillir chez soi du Bas-Richelieu inc.	84 911 \$	83 165 \$
Centre Communautaire Multi-services Un coin chez-nous 1983	139 262 \$	136 398 \$
Comité popote roulante de Cowansville inc. (Le)	34 856 \$	34 139 \$
Comité popote roulante de Farnham inc. (Le)	34 565 \$	34 565 \$
Comité régional des retraités et pré-retraités du comté de Huntingdon inc.	22 385 \$	21 925 \$
Entraide 3 <sup>e</sup> Âge Maskoutaine	98 286 \$	96 264 \$
Entraide Chez Nous (L')	76 438 \$	74 866 \$
Joyeux retraités de Longueuil	7 273 \$	6 853 \$
Lunch club soleil	31 653 \$	31 002 \$
Maison des aînés de Soulanges (La)	84 990 \$	83 242 \$
Popote de la région de Bedford (La)	36 368 \$	35 620 \$
Popote roulante de Châteauguay	30 525 \$	30 525 \$
Popote roulante de l'Ange-Gardien	5 000 \$	5 000 \$
Popote roulante de Salaberry-de-Valleyfield (La)	65 775 \$	54 628 \$
Regroupement soutien aux aidants de Brome-Missisquoi	67 940 \$	66 542 \$

	Subventions 2011-2012	Subventions 2010-2011
S.A.B.E.C. (Services d'accompagnement bénévole et communautaire)	81 771 \$	80 089 \$
Société Alzheimer Des Maskoutains - Vallée des Patriotes	30 933 \$	13 513 \$
Société Alzheimer du Haut-Richelieu	103 402 \$	101 275 \$
Coup de pouce des Moissons	4 872 \$	
Service d'aide domestique de Saint-Hubert	10 830 \$	
Service d'aide domestique Jardins-Roussillon	1 862 \$	
Services domestiques Nettoie-Net	3 766 \$	
Coopérative de solidarité Autonomie Chez Soi	7 375 \$	
Coopérative de solidarité d'aide à domicile Aide-Atout	5 697 \$	
Coopérative de solidarité de services à domicile Aux p'tits soins	10 722 \$	
Coopérative de solidarité en entretien ménager du Bas-Richelieu	3 530 \$	
Coopérative de solidarité en service d'aide à domicile Mobil'Aide	6 142 \$	
Coopérative de solidarité en soutien à domicile Coop-Aide Rive-Sud Métropolitain	7 446 \$	
Coopérative de soutien à domicile du Pays des Vergers	3 518 \$	
	<b>1 184 132 \$</b>	<b>1 069 963 \$</b>
<b>Personnes âgées</b>		
Action-services aux proches aidants de Longueuil	10 000 \$	10 000 \$

	Subventions 2011-2012	Subventions 2010-2011
Aidants naturels du Haut-Saint-Laurent (ANHSL) (Les)	3 000 \$	3 000 \$
Centre communautaire des aînés et aînées de Longueuil	60 000 \$	60 000 \$
Centre communautaire l'Entraide plus inc.	38 280 \$	37 801 \$
Centre de soutien au réseau familial (CSRF)	18 000 \$	18 000 \$
Club 3 <sup>e</sup> âge de Farnham inc.	10 420 \$	10 000 \$
Club St-Luc de Verchères	6 060 \$	6 060 \$
Comité mieux vieillir à Sainte-Martine	1 674 \$	1 674 \$
Loisirs thérapeutiques de Saint-Hubert (1981) inc.	230 903 \$	226 154 \$
Regroupement des organismes montréalais d'aidants naturels (ROMAN)	37 035 \$	36 790 \$
Société Alzheimer du Suroît	53 431 \$	52 435 \$
	<b>468 803 \$</b>	<b>461 914 \$</b>
<b>Santé physique</b>		
Société Alzheimer de Granby et région inc.	32 226 \$	32 077 \$
Société Alzheimer Rive-Sud	200 428 \$	200 428 \$
	<b>232 654 \$</b>	<b>232 505 \$</b>
<b>TOTAL – MAINTIENT A DOMICILE</b>	<b>5 659 152 \$</b>	<b>5 464 056 \$</b>

Tableau 39

## Subventions accordées aux organismes de promotion et de services à la communauté

	Subventions 2011-2012	Subventions 2010-2011
<b>DEFICIENCE INTELLECTUELLE ET TED</b>		
<b>Déficiences intellectuelles</b>		
Action intégration en déficience intellectuelle	111 552 \$	109 258 \$
Amis-Soleils de St-Bruno (Les)	5 910 \$	5 490 \$
Arche Beloeil inc. (L')	359 319 \$	302 957 \$
Association de la déficience intellectuelle de la région de Sorel	62 582 \$	56 398 \$
Association de la Rive-Sud pour la déficience intellectuelle	80 513 \$	88 857 \$
Association de parents de l'enfance en difficulté de la Rive-Sud, Montréal, Itée	162 590 \$	162 590 \$
Association de parents de personnes handicapées de Brome-Missisquoi	62 800 \$	62 800 \$
Association de parents en déficience intellectuelle et physique	159 453 \$	156 173 \$
Association des parents des enfants handicapés Richelieu-Val-Maska (L')	52 228 \$	51 154 \$
Association des parents et des handicapés de la Rive-Sud Métropolitaine	84 678 \$	82 936 \$
Association Granby pour la déficience intellectuelle	60 429 \$	54 289 \$
Association locale des personnes handicapées de Chambly et la région - Alpha	86 934 \$	85 146 \$

	Subventions 2011-2012	Subventions 2010-2011
Association québécoise des troubles d'apprentissage de Bedford, section Brome-Missisquoi	48 559 \$	47 560 \$
Centre de répit-dépannage Aux Quatre Poches inc.	148 197 \$	140 252 \$
Centre Louise Bibeau inc.	80 259 \$	78 608 \$
Clé des Champs Sainte-Julie inc. (La)	5 220 \$	4 800 \$
Club de la joie de vivre pour personnes handicapées de Valleyfield	15 920 \$	15 500 \$
Club des personnes handicapées de Farnham et MRC Brome-Missisquoi inc.	31 401 \$	30 755 \$
Halte Soleil	90 853 \$	88 984 \$
Hyper-Lune	79 742 \$	78 102 \$
Jonathan de Soulanges inc.	40 284 \$	39 455 \$
Maison de répit Dérageon inc.	75 298 \$	83 749 \$
Maison de répit L'intermède	118 230 \$	115 798 \$
Maison Répit-Vacances inc.	101 269 \$	99 186 \$
Mouvement action découverte pour personnes handicapées de la région de Châteauguay	61 309 \$	60 048 \$
Mouvement action loisirs (M.A.L.I.)	62 652 \$	61 363 \$
Parents d'enfants handicapés avec difficultés d'adaptation ou d'apprentissage (P.E.H.D.A.A.)	40 713 \$	39 876 \$
Parrainage civique Champlain	64 473 \$	63 147 \$
Parrainage civique de la Vallée du Richelieu	73 580 \$	72 067 \$
Parrainage Civique de Vaudreuil-Soulanges	181 382 \$	218 793 \$



	Subventions 2011-2012	Subventions 2010-2011
Parrainage civique des MRC d'Acton et des Maskoutains	62 801 \$	61 509 \$
Parrainage civique du Haut-Richelieu	80 921 \$	79 257 \$
Relâche (Répit V.S.) (La)	14 920 \$	14 500 \$
Répit Le Zéphyr	58 253 \$	57 055 \$
Rescousse (La), regroupement des parents de personnes handicapées du Grand Châteauguay	66 599 \$	65 229 \$
Roseaie Bleue, Rayon d'Espoir inc (La)	82 425 \$	80 730 \$
	<b>2 974 248 \$</b>	<b>2 914 371 \$</b>
<b>Personnes démunies</b>		
Croisée de Longueuil inc. (La)	26 385 \$	25 842 \$
	<b>26 385 \$</b>	<b>25 842 \$</b>
<b>Troubles envahissants du développement</b>		
Association de parents PANDA de Vaudreuil-Soulanges	10 720 \$	10 300 \$
Association Régionale Autisme TED, Montérégie	188 556 \$	184 678 \$
Répit TED-Autisme Montérégie	112 144 \$	100 043 \$
	<b>311 420 \$</b>	<b>295 021 \$</b>
<b>DEFICIENCE PHYSIQUE</b>		
<b>Déficiência intellectuelle</b>		
Association québécoise de la dysphasie, région Montérégie	73 744 \$	62 433 \$
	<b>73 744 \$</b>	<b>62 433 \$</b>

	Subventions 2011-2012	Subventions 2010-2011
<b>Déficiência physique</b>		
Aphasie Rive-Sud	20 573 \$	20 150 \$
Association des devenus sourds et des malentendants du Québec, secteur Sud-Ouest	42 871 \$	38 092 \$
Association des personnes aphasiques du Richelieu-Yamaska	31 779 \$	31 125 \$
Association des Personnes Aphasiques Granby-Région	11 220 \$	10 800 \$
Association des personnes handicapées de la Vallée du Richelieu	71 152 \$	69 689 \$
Association des personnes handicapées physiques de Cowansville et région	90 144 \$	88 290 \$
Association des personnes handicapées Sorel-Tracy	69 001 \$	67 582 \$
Association des traumatisés cranio-cérébraux de la Montérégie	63 420 \$	62 116 \$
Association du Québec pour enfants avec problèmes auditifs (AQEPA) Montréal régional inc.	47 651 \$	46 671 \$
Association montréalaise de la surdité	62 303 \$	56 124 \$
Association sclérose en plaques Rive-Sud	96 275 \$	94 295 \$
Au moulin de la source	159 921 \$	156 632 \$
Centre de réhabilitation A.V.C. Montérégie	9 236 \$	8 816 \$
Centre Notre-Dame de Fatima	79 678 \$	78 039 \$
Envol du Haut-Richelieu inc. (L')	75 241 \$	73 693 \$
Foyer St-Antoine de Longueuil inc. (Le)	431 932 \$	432 842 \$
Lucioles de Saint-Hubert (Les)	10 220 \$	9 800 \$

	Subventions 2011-2012	Subventions 2010-2011
Regroupement des personnes handicapées de la région de Beauharnois inc. (Le)	5 773 \$	5 353 \$
Regroupement des personnes handicapées région du Haut-Richelieu inc.	6 213 \$	6 213 \$
Sclérose en plaques Saint-Hyacinthe/Acton	37 376 \$	36 607 \$
Société canadienne de la sclérose en plaques - section Sorel-Tracy	37 183 \$	36 418 \$
Société canadienne de la sclérose en plaques (section Montérégie)	73 164 \$	71 659 \$
Société canadienne de la sclérose en plaques, section Granby et régions	47 651 \$	46 671 \$
	<b>1 579 978 \$</b>	<b>1 546 678 \$</b>
<b>Déficiences multiples</b>		
Association des personnes handicapées de la Rive-Sud Ouest	121 383 \$	118 886 \$
	<b>121 383 \$</b>	<b>118 886 \$</b>
<b>Dépendances</b>		
Alcoolisme, toxicomanie, dépendance		
Actions dépendances	58 375 \$	57 174 \$
Carrefour Le Point Tourant inc.	166 230 \$	137 839 \$
Centre de prévention de la violence familiale Générations	1 025 \$	1 305 \$
Centre d'entraide La Boussole inc.	35 568 \$	34 836 \$
Centre sur l'Autre-Rive inc.	312 221 \$	305 799 \$
Horizon Soleil, Table de concertation de prévention des toxicomanies et de promotion de la santé de la région d'Acton	57 664 \$	56 478 \$

	Subventions 2011-2012	Subventions 2010-2011
Las de cœur centre d'intervention pour joueurs compulsifs et pathologiques	125 000 \$	115 000 \$
Liberté de choisir	100 744 \$	98 672 \$
Maison La Margelle inc.	455 596 \$	443 875 \$
Maison l'Alcôve inc.	584 520 \$	568 776 \$
Organisme de prévention toxicomanie l'option Brome-Missisquoi		27 071 \$
Pavillon L'Essence Ciel	249 993 \$	304 234 \$
POSA/ Source des Monts	98 144 \$	96 125 \$
Prévention des dépendances l'Arc-en-ciel	73 019 \$	71 517 \$
Satellite organisme en prévention des dépendances	41 638 \$	40 782 \$
	<b>2 359 735 \$</b>	<b>2 359 481 \$</b>
<b>Autres ressources jeunesse</b>		
Aiguillage (L')	24 788 \$	
Cellule jeunes et familles de Brome-Missisquoi (La)	62 403 \$	15 862 \$
Centre d'Intervention-Jeunesse des Maskoutains (Le)	24 788 \$	
Macadam Sud	94 021 \$	
Maison de Jonathan inc. (La)	130 768 \$	128 078 \$
Pacte de rue inc. (Le)	74 788 \$	40 000 \$
	<b>411 556 \$</b>	<b>183 940 \$</b>
<b>Communautés culturelles et autochtones</b>		
Centre Sino-Québec de la Rive-Sud	50 000 \$	50 000 \$
	<b>50 000 \$</b>	<b>50 000 \$</b>

	Subventions 2011-2012	Subventions 2010-2011
<b>Hébergement mixte</b>		
Abri de la Rive-Sud	276 526 \$	261 044 \$
Centre de transition en itinérance du Suroît	5 920 \$	5 500 \$
Hébergement la C.A.S.A. Bernard Hubert	45 270 \$	
Maison d'hébergement pour personnes en difficulté de Granby inc.	263 570 \$	258 149 \$
	<b>591 286 \$</b>	<b>524 693 \$</b>
<b>Maisons d'hébergement communautaire jeunesse</b>		
Antre-temps Longueuil (L')	25 593 \$	
Auberge sous mon toit inc.	29 276 \$	
Maison d'hébergement jeunesse Espace Vivant/Living room	15 035 \$	
Maison Le Baluchon	28 875 \$	
	<b>98 779 \$</b>	
<b>Maisons de jeunes</b>		
Action jeunesse Roussillon	4 941 \$	4 839 \$
Adolfus inc. (L')	4 941 \$	4 839 \$
Centre jeunesse «Le trait d'union»	1 262 \$	1 236 \$
Maison de jeunes de Sorel inc.	48 458 \$	23 183 \$
Maison des jeunes Châteleux inc.	7 536 \$	7 381 \$
Maison des jeunes de Farnham inc.	1 262 \$	1 236 \$
Maison des jeunes de La Prairie (La)	4 939 \$	4 837 \$
Maison des jeunes de Saint-Rémi inc. (La)	8 765 \$	8 585 \$
Maison des jeunes de Sutton inc. (La)	1 262 \$	1 236 \$
Maison des jeunes Le Boum (La)	1 262 \$	1 236 \$
Programme action jeunesse de Candiac	4 941 \$	4 839 \$

	Subventions 2011-2012	Subventions 2010-2011
Programme d'intervention jeunesse (P.I.J.)	4 940 \$	4 838 \$
	<b>94 510 \$</b>	<b>68 286 \$</b>
<b>Organismes de justice alternative</b>		
Bénado inc.	5 100 \$	4 995 \$
	<b>5 100 \$</b>	<b>4 995 \$</b>
<b>Personnes démunies</b>		
Carrefour Le Moutier	650 \$	2 295 \$
Maison d'hébergement dépannage de Valleyfield M.H.D.V.	31 361 \$	30 716 \$
	<b>32 011 \$</b>	<b>33 011 \$</b>
<b>Santé mentale</b>		
Centre de prévention du suicide de la Haute-Yamaska inc.	1 925 \$	
	<b>1 925 \$</b>	
<b>JEUNES EN DIFFICULTÉ</b>		
<b>Alcoolisme, toxicomanie, dépendance</b>		
POSA/ Source des Monts	16 838 \$	16 492 \$
	<b>16 838 \$</b>	<b>16 492 \$</b>
<b>Autres ressources jeunesse</b>		
Aiguillage (L')	79 609 \$	78 060 \$
Bienvenue, Allons de l'Avant!	12 920 \$	12 500 \$
Boîte à lettres de Longueuil (La)	75 798 \$	64 445 \$
Centre de formation à l'autogestion du Haut-Richelieu	53 283 \$	52 187 \$
Centre d'intervention jeunesse des Maskoutains (Le)	120 088 \$	117 128 \$

	Subventions 2011-2012	Subventions 2010-2011
Espace Châteauguay	129 441 \$	126 779 \$
Espace Suroît	135 228 \$	132 447 \$
Macadam Sud	420 762 \$	412 108 \$
Maison de Jonathan inc. (La)	81 756 \$	80 074 \$
Maisonnnette Berthelet (La)	29 393 \$	28 788 \$
Orientation jeunesse de la Haute-Yamaska	35 140 \$	34 417 \$
Pacte de rue inc. (Le)	164 152 \$	150 981 \$
	<b>1 337 659 \$</b>	<b>1 289 913 \$</b>
<b>Autres ressources pour femmes</b>		
Hébergement Maison de la Paix inc.	84 622 \$	82 881 \$
	<b>84 622 \$</b>	<b>82 881 \$</b>
<b>Hébergement mixte</b>		
Hébergement la C.A.S.A. Bernard Hubert	379 403 \$	371 599 \$
	<b>379 403 \$</b>	<b>371 599 \$</b>
<b>Hommes en difficulté</b>		
Entraide pour hommes Vallée-du-Richelieu Inc. (L')	38 469 \$	37 678 \$
	<b>38 469 \$</b>	<b>37 678 \$</b>
<b>Maisons d'hébergement communautaire jeunesse</b>		
Antre-temps Longueuil (L')	402 795 \$	394 510 \$
Auberge sous mon toit inc.	389 953 \$	381 932 \$
Maison d'hébergement jeunesse Espace Vivant/Living room	263 711 \$	258 287 \$
Maison Le Baluchon	373 698 \$	366 012 \$
	<b>1 430 157 \$</b>	<b>1 400 741 \$</b>

	Subventions 2011-2012	Subventions 2010-2011
<b>Maisons de jeunes</b>		
Action jeunesse Roussillon	84 217 \$	81 263 \$
Action jeunesse St-Pie X de Longueuil inc.	95 580 \$	92 455 \$
Adoléus inc. (L')	65 107 \$	62 361 \$
Butte (La)	24 032 \$	21 685 \$
Carrefour jeunesse d'Iberville	88 296 \$	85 251 \$
Centre amitié-jeunesse Chambly inc.	84 117 \$	81 117 \$
Centre jeunesse « Le trait d'union »	111 460 \$	108 175 \$
Exit de Waterloo (L')	160 102 \$	156 178 \$
Jeunesse Beauharnois	92 603 \$	89 511 \$
Maison de jeunes de Sorel inc.	171 360 \$	167 205 \$
Maison de jeunes des quatre lieux	76 123 \$	73 210 \$
Maison de jeunes l'Escalier en mon Temps	118 882 \$	115 504 \$
Maison de jeunes Sac-Ado	84 117 \$	81 117 \$
Maison de la jeunesse douze-dix-sept de Valleyfield	88 262 \$	85 217 \$
Maison des jeunes Châteleois inc.	119 377 \$	116 067 \$
Maison des jeunes d'Acton Vale (La)	84 560 \$	81 555 \$
Maison des jeunes de Beaujeu (La)	79 783 \$	78 348 \$
Maison des jeunes de Contrecoeur inc.	94 433 \$	91 321 \$
Maison des jeunes de Farnham inc.	118 709 \$	115 346 \$
Maison des jeunes de Granby inc. (La)	84 117 \$	81 117 \$
Maison des jeunes de Huntingdon inc. (La)	84 117 \$	81 117 \$
Maison des jeunes de la Frontière (La)	19 061 \$	16 700 \$
Maison des jeunes de La Prairie (La)	71 278 \$	68 465 \$

	Subventions 2011-2012	Subventions 2010-2011
Maison des jeunes de l'Île Perrot - Martin Bernier	70 346 \$	67 496 \$
Maison des jeunes de Longueuil	84 117 \$	81 117 \$
Maison des jeunes de Marieville	9 361 \$	9 328 \$
Maison des jeunes de Rigaud (La)	72 107 \$	69 238 \$
Maison des jeunes de Saint-Bruno inc.	84 117 \$	81 117 \$
Maison des jeunes de Saint-Dominique (La)	32 720 \$	32 300 \$
Maison des jeunes de Sainte-Anne-de-Sorel « Le phare des jeunes » inc.	79 082 \$	66 246 \$
Maison des jeunes de Sainte-Julie inc. (La)	92 712 \$	89 619 \$
Maison des jeunes de Saint-Hyacinthe (La)	84 117 \$	81 117 \$
Maison des jeunes de Saint-Philippe	29 507 \$	27 780 \$
Maison des jeunes de Saint-Rémi inc. (La)	105 611 \$	97 517 \$
Maison des jeunes de Sutton inc. (La)	76 381 \$	73 477 \$
Maison des jeunes de Tracy L'Air du temps inc.	84 960 \$	81 951 \$
Maison des jeunes de Varennes inc.	93 864 \$	90 758 \$
Maison des jeunes de Vaudreuil-Dorion	73 023 \$	70 144 \$
Maison des jeunes de Verchères (La)	114 494 \$	111 164 \$
Maison des Jeunes des Quatre Fenêtres inc. (La)	109 147 \$	105 875 \$
Maison des Jeunes des Quatre-Vents	981 \$	
Maison des jeunes La piaule de Boucherville	70 333 \$	67 483 \$
Maison des jeunes La Porte ouverte	112 301 \$	108 995 \$
Maison des jeunes La Traversée	55 713 \$	53 022 \$
Maison des jeunes Le Boum (La)	97 038 \$	93 910 \$
Maison des jeunes Le Dôme Inc.	95 582 \$	92 457 \$

	Subventions 2011-2012	Subventions 2010-2011
Maison des jeunes l'Entracte (La)	71 590 \$	68 726 \$
Maison des jeunes Les Cèdres	62 965 \$	60 195 \$
Maison des jeunes Mercierois	18 665 \$	16 300 \$
Maison des jeunes Symphonie	26 886 \$	24 508 \$
Maison jeunesse L'Oxy-Bulle de Roxton	33 738 \$	31 286 \$
Programme action jeunesse de Candiac	87 935 \$	84 941 \$
Programme d'intervention jeunesse (P.I.J.)	71 263 \$	68 451 \$
Société pour l'épanouissement des jeunes de St-Amable (La)	67 251 \$	64 434 \$
	<b>4 267 604 \$</b>	<b>4 101 241 \$</b>

#### Organismes de justice alternative

Bénado inc.	322 952 \$	316 310 \$
Justice alternative du Haut-Richelieu	254 567 \$	249 331 \$
Justice alternative du Suroît	375 744 \$	331 777 \$
Justice alternative et médiation	256 983 \$	251 697 \$
Justice Alternative Pierre De Saurel inc.	120 981 \$	118 493 \$
Justice Alternative Richelieu-Yamaska	375 323 \$	367 603 \$
Ressources alternatives Rive-Sud	781 308 \$	765 238 \$
	<b>2 487 858 \$</b>	<b>2 400 449 \$</b>

#### PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT

##### Centre d'action bénévole (CAB)

Action bénévole de Varennes	22 605 \$	22 140 \$
Carrefour communautaire l'Arc-en-ciel	73 442 \$	71 374 \$
Centre d'action bénévole Les p'tits bonheurs de St-Bruno	36 123 \$	35 380 \$
Centre d'action bénévole de Beauharnois (Le)	70 452 \$	69 003 \$

	Subventions 2011-2012	Subventions 2010-2011
Centre d'action bénévole de Bedford et environs inc.	40 858 \$	40 018 \$
Centre d'action bénévole de Boucherville	63 954 \$	62 639 \$
Centre d'action bénévole de Cowansville	43 610 \$	42 713 \$
Centre d'action bénévole de Farnham inc.	40 530 \$	39 696 \$
Centre d'action bénévole de Granby inc.	59 216 \$	57 998 \$
Centre d'action bénévole de la Vallée-du-Richelieu inc.	73 830 \$	72 311 \$
Centre d'action bénévole de Saint-Césaire	48 507 \$	47 298 \$
Centre d'action bénévole de Saint-Hubert	55 608 \$	54 464 \$
Centre d'action bénévole de St-Jean-sur-Richelieu inc. (Le)	85 693 \$	74 136 \$
Centre d'action bénévole de Valleyfield inc.	82 786 \$	81 083 \$
Centre d'action bénévole de Waterloo inc.	64 293 \$	62 971 \$
Centre d'action bénévole d'Iberville et de la région	36 050 \$	35 309 \$
Centre d'action bénévole du Bas-Richelieu inc.	52 921 \$	51 833 \$
Centre d'action bénévole du grand Châteauguay	32 233 \$	31 570 \$
Centre d'action bénévole et communautaire La Mosaïque	71 459 \$	69 989 \$
Centre d'action bénévole La Seigneurie de Monnoir	38 935 \$	38 134 \$
Centre d'action bénévole L'Actuel	67 863 \$	66 467 \$
Centre d'action bénévole Soulanges	27 879 \$	27 306 \$
Centre de bénévolat de la Rive-Sud	121 761 \$	119 257 \$
Centre de bénévolat de St-Hyacinthe inc. (Le)	75 856 \$	74 295 \$

	Subventions 2011-2012	Subventions 2010-2011
Centre de soutien entr'Aidants	22 689 \$	22 222 \$
Centre d'entraide bénévole de St-Amable inc.	63 018 \$	61 722 \$
Centre d'entraide régional d'Henryville	8 692 \$	8 513 \$
Envolée Centre d'action bénévole Ste-Julie (L')	24 449 \$	23 946 \$
Service d'action bénévole « Au cœur du Jardin » inc.	58 187 \$	56 990 \$
	<b>1 563 499 \$</b>	<b>1 520 777 \$</b>
<b>Maintien à domicile</b>		
Entraide 3 <sup>e</sup> Âge Maskoutaine	32 515 \$	31 846 \$
Regroupement soutien aux aidants de Brome-Missisquoi	47 632 \$	46 652 \$
	<b>80 147 \$</b>	<b>78 498 \$</b>
<b>Personnes âgées</b>		
Action-services aux proches aidants de Longueuil	104 598 \$	102 241 \$
Aidants naturels du Haut-Saint-Laurent (ANHSL) (Les)	74 778 \$	73 178 \$
Baladeur René de Longueuil	6 085 \$	6 085 \$
Briser l'isolement chez les aînés, centre d'écoute Montérégie	10 720 \$	10 300 \$
Centre communautaire des aînés et aînées de Longueuil	97 321 \$	94 085 \$
Centre communautaire l'Entraide plus inc.	58 635 \$	52 223 \$
Centre de soutien au réseau familial (CSRF)	159 981 \$	166 320 \$
FADOQ - Région Rive-Sud-Suroît	128 762 \$	128 342 \$
Grand rassemblement des aînés de Vaudreuil et Soulanges	85 588 \$	83 828 \$



	Subventions 2011-2012	Subventions 2010-2011
Loisirs thérapeutiques de St-Hubert (1981) inc.	43 412 \$	42 519 \$
Maison des aînés (es) de La Prairie	39 591 \$	38 777 \$
Projet Communic-Action	116 288 \$	108 999 \$
Regroupement des organismes montréalais d'aidants naturels (ROMAN)	8 498 \$	8 323 \$
Regroupement pour la santé des aînés du Vieux Sorel	31 662 \$	31 011 \$
Société Alzheimer du Suroît	63 511 \$	37 102 \$
	<b>1 029 429 \$</b>	<b>983 332 \$</b>
<b>Santé mentale</b>		
Filiale Rive-Sud de l'A.C.S.M.	41 339 \$	40 489 \$
	<b>41 339 \$</b>	<b>40 489 \$</b>
<b>Santé physique</b>		
Société Alzheimer Rive-Sud	79 643 \$	78 005 \$
	<b>79 643 \$</b>	<b>78 005 \$</b>
<b>SANTÉ MENTALE</b>		
<b>Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS)</b>		
Traversée (Rive-Sud) (La)	54 572 \$	53 450 \$
	<b>54 572 \$</b>	<b>53 450 \$</b>
<b>Centres de femmes</b>		
Entr'Elles Granby inc.	141 738 \$	138 823 \$
	<b>141 738 \$</b>	<b>138 823 \$</b>
<b>Concertation et consultation générale</b>		
Association des alternatives en santé mentale de la Montérégie (L')	54 993 \$	53 635 \$
	<b>54 993 \$</b>	<b>53 635 \$</b>

	Subventions 2011-2012	Subventions 2010-2011
<b>Déficiences intellectuelles</b>		
Hyper-Lune	44 615 \$	43 697 \$
	<b>44 615 \$</b>	<b>43 697 \$</b>
<b>Santé mentale</b>		
Accolade Santé Mentale (L')	215 749 \$	211 311 \$
Alternative - Centregens	293 243 \$	287 212 \$
Alternative en santé mentale l'Autre Versant inc.	385 079 \$	377 159 \$
Ancre et Ailes du Haut St-Laurent	161 793 \$	158 465 \$
Arc-en-ciel (Vaudreuil-Soulanges)	152 599 \$	149 460 \$
Arc-en-ciel des Seigneuries, groupe d'entraide en santé mentale (L')	116 435 \$	114 143 \$
Association « Et si c'était moi »	20 420 \$	10 000 \$
Association canadienne pour la santé mentale filiale Sorel/St-Joseph/Tracy	84 342 \$	82 607 \$
Association canadienne pour la santé mentale, filiale du Haut-Richelieu	97 361 \$	95 358 \$
Association d'entraide en santé mentale « L'Éveil » de Brome-Missisquoi	152 463 \$	149 327 \$
Association des parents et amis de la per- sonne atteinte de maladie mentale - Rive-Sud APAMM-RS	284 264 \$	278 417 \$
Association Le Vaisseau d'Or	151 473 \$	148 357 \$
Ateliers Transition inc. (Les)	265 842 \$	260 374 \$
Au Second Lieu	162 030 \$	158 697 \$
Avant-garde en santé mentale (L')	255 411 \$	250 158 \$

	Subventions 2011-2012	Subventions 2010-2011
Campagnol des jardins de Napierville centre de jour (Le)	115 359 \$	112 986 \$
Centre de prévention du suicide de la Haute-Yamaska inc.	430 276 \$	422 454 \$
Centre de prévention du suicide du Haut-Richelieu	375 816 \$	368 086 \$
Centre de prévention du suicide Pierre-De Saurel	368 510 \$	360 930 \$
Centre de transition Perceval inc.	465 912 \$	456 329 \$
Collectif de défense des droits de la Montérégie	384 688 \$	376 776 \$
Contact Richelieu-Yamaska	472 783 \$	463 059 \$
Éclusier du Haut-Richelieu	261 151 \$	255 780 \$
Élan demain inc. (L')	602 494 \$	590 102 \$
Entrée Chez-Soi Brome-Missisquoi	212 968 \$	208 588 \$
Filiale Rive-Sud de l'A.C.S.M.	26 423 \$	25 880 \$
Groupe d'entraide «Pi-Après»	80 804 \$	79 676 \$
Groupe d'entraide G.E.M.E.	50 214 \$	49 181 \$
Groupe d'entraide L'Arrêt-Court, Sorel-Tracy	125 428 \$	120 101 \$
Groupe d'entraide le Dahlia de Beauharnois	123 936 \$	121 387 \$
Havre à nous (le) / Our Harbour	36 842 \$	26 290 \$
Hébergement l'Entre-Deux	441 201 \$	432 126 \$
Maison alternative de développement humain (MADH) inc.	216 715 \$	212 258 \$
Maison d'hébergement R.S.S.M.	393 235 \$	385 147 \$
Maison d'intervention Vivre	329 574 \$	322 795 \$
Maison du Goéland de la Rive-sud (La)	533 590 \$	522 615 \$

	Subventions 2011-2012	Subventions 2010-2011
Maison Jacques-Ferron	448 870 \$	439 638 \$
Maison le Point Commun	361 297 \$	353 866 \$
Maison sous les arbres	1 026 840 \$	1 005 720 \$
Oasis Santé Mentale Granby et région	226 580 \$	221 920 \$
Phare source d'entraide (Le)	130 315 \$	127 635 \$
Phare, Saint-Hyacinthe et régions inc. (Le)	219 561 \$	215 045 \$
Pont du Suroît (Le)	199 814 \$	195 704 \$
Psycohésion inc.	108 029 \$	110 807 \$
Réseau d'habitations Chez soi	162 645 \$	159 300 \$
Ressource de transition le Tournant	863 626 \$	845 863 \$
Service d'intervention en santé mentale - ESPOIR	1 120 630 \$	1 097 581 \$
Société de schizophrénie de la Montérégie	25 420 \$	10 000 \$
Tel-aide région de Valleyfield	72 200 \$	70 715 \$
Toits d'Émile (Les)	37 466 \$	36 695 \$
Trait-d'Union Montérégien	90 166 \$	88 311 \$
Transition pour elles inc.	203 170 \$	189 403 \$
	<b>14 143 051 \$</b>	<b>13 811 793 \$</b>

#### SANTÉ PHYSIQUE

##### Cancer

Amis du Crépuscule (Les)	11 059 \$	10 832 \$
Équipe d'accompagnement Au Diapason (L')	7 357 \$	44 520 \$
Havre d'Espoir Montérégie	16 632 \$	36 782 \$
Maison Victor-Gadbois (La)	745 000 \$	665 719 \$
Organisation de Valleyfield des personnes atteintes de cancer (OVPAC)	379 \$	371 \$

	Subventions 2011-2012	Subventions 2010-2011
Présence Amie de la Montérégie	15 377 \$	15 377 \$
Société de soins palliatifs à domicile du Grand Montréal	10 000 \$	
	<b>805 804 \$</b>	<b>773 601 \$</b>
<b>Centre d'action bénévole (CAB)</b>		
Centre d'action bénévole et communautaire La Mosaïque	6 000 \$	6 000 \$
	<b>6 000 \$</b>	<b>6 000 \$</b>
<b>Communautés culturelles et autochtones</b>		
Centre Sino-Québec de la Rive-Sud	3 000 \$	3 000 \$
Maison internationale de la Rive-Sud inc.	3 000 \$	3 000 \$
Solidarité ethnique régionale de la Yamaska	3 000 \$	3 000 \$
Union des haïtiens du Québec de la Rive-sud de Montréal	3 000 \$	3 000 \$
Vision inter-cultures	3 220 \$	3 220 \$
	<b>15 220 \$</b>	<b>15 220 \$</b>
<b>Déficiences physiques</b>		
Maison au Diapason (La)	480 000 \$	408 938 \$
	<b>480 000 \$</b>	<b>408 938 \$</b>
<b>Personnes âgées</b>		
Société Alzheimer du Suroît	11 592 \$	11 354 \$
	<b>11 592 \$</b>	<b>11 354 \$</b>
<b>Personnes démunies</b>		
Carrefour Le Moutier	3 000 \$	3 000 \$
	<b>3 000 \$</b>	<b>3 000 \$</b>

	Subventions 2011-2012	Subventions 2010-2011
<b>Santé physique</b>		
Aide arthrite du Bas-Richelieu	11 933 \$	11 513 \$
Association de fibromyalgie du Bas-Richelieu	16 220 \$	15 800 \$
Association de fibromyalgie et du syndrome de fatigue chronique de Vaudreuil-Soulanges	49 356 \$	38 547 \$
Association de la fibromyalgie région Montréal	70 367 \$	59 125 \$
Diabète Brome-Missisquoi (DBM)	37 406 \$	37 406 \$
Diabète Rive-Sud	6 125 \$	6 125 \$
Diabétiques de la Haute-Yamaska (Les)	5 920 \$	5 500 \$
Diabétiques Sorel-Tracy inc. (Les)	13 220 \$	12 800 \$
Épilepsie Granby et Région inc.	55 708 \$	49 665 \$
Fondation des soins de santé de Vaudreuil-Soulanges - Health care foundation	720 000 \$	210 000 \$
Fondation Pontchartrain	50 500 \$	50 500 \$
Fondation Source Bleue	720 000 \$	165 000 \$
Groupe Le Tournant	8 157 \$	2 737 \$
Société Alzheimer de Granby et région inc.	42 914 \$	41 517 \$
Société Alzheimer Rive-Sud	420 274 \$	407 507 \$
	<b>2 228 101 \$</b>	<b>1 113 743 \$</b>
<b>VIH - SIDA</b>		
Oies blanches actions hépatites-VIH (Les)	25 812 \$	25 281 \$
	<b>25 812 \$</b>	<b>25 281 \$</b>
<b>SANTÉ PUBLIQUE</b>		
<b>Santé publique (autres OSBL)</b>		

	Subventions 2011-2012	Subventions 2010-2011
Association coopérative d'économie familiale de Granby	105 993 \$	105 993 \$
CRÉ Vallée-du-Haut-Saint-Laurent	9 756 \$	15 000 \$
Ruche Magique (La)	26 250 \$	
	<b>141 999 \$</b>	<b>120 993 \$</b>
<b>Alcoolisme, toxicomanie, dépendance</b>		
Actions dépendances	69 672 \$	63 565 \$
Horizon Soleil, Table de concertation de prévention des toxicomanies et de promotion de la santé de la région d'Acton	10 250 \$	11 800 \$
Liberté de choisir	24 900 \$	21 000 \$
POSA/ Source des Monts	46 710 \$	12 500 \$
Prévention des dépendances l'Arc-en-ciel	5 000 \$	
Satellite organisme en prévention des dépendances	4 159 \$	5 400 \$
	<b>160 691 \$</b>	<b>114 265 \$</b>
<b>Autres ressources jeunesse</b>		
Boîte à lettres de Longueuil (La)	10 040 \$	10 040 \$
Bureau de consultation-Jeunesse inc.	24 883 \$	24 883 \$
Comité Jeunesse La Presqu'île	15 000 \$	14 000 \$
Espace Châteauguay	6 000 \$	6 000 \$
Macadam Sud	35 050 \$	55 050 \$
Maison de Jonathan inc. (La)	19 000 \$	19 000 \$
	<b>109 973 \$</b>	<b>128 973 \$</b>
<b>Centre d'action bénévole (CAB)</b>		
Centre d'action bénévole de Cowansville	10 883 \$	7 255 \$

	Subventions 2011-2012	Subventions 2010-2011
Centre d'action bénévole de Granby inc.	5 864 \$	7 594 \$
Centre d'action bénévole de la Vallée-du-Richelieu inc.		15 000 \$
Centre d'action bénévole de Waterloo inc.	4 945 \$	3 976 \$
Centre d'action bénévole d'Iberville et de la région	0 \$	6 133 \$
Centre d'action bénévole La Seigneurie de Monnoir	7 447 \$	7 447 \$
Centre d'action bénévole L'Actuel	92 050 \$	92 275 \$
Centre d'actions bénévoles Intéraction	4 500 \$	4 500 \$
Centre de bénévolat d'Acton Vale	85 235 \$	80 814 \$
Centre de bénévolat de la Rive-Sud		43 751 \$
Centre de bénévolat de Saint-Basile-le-Grand inc.		400 \$
Centre de bénévolat de St-Hyacinthe inc. (Le)		292 \$
Centre d'entraide bénévole de St-Amable inc.	12 000 \$	
	<b>222 924 \$</b>	<b>269 437 \$</b>
<b>Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS)</b>		
C.I.V.A.S. L'Expression libre du Haut-Richelieu	20 000 \$	20 000 \$
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (C.A.L.A.C.S.) de Granby	12 000 \$	12 000 \$
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS) Châteauguay	7 500 \$	7 500 \$
	<b>39 500 \$</b>	<b>39 500 \$</b>
<b>Centres de femmes</b>		
Centre de femmes « L'Autonomie en soie »	5 000 \$	6 050 \$

	Subventions 2011-2012	Subventions 2010-2011
Centre de femmes du Haut-Richelieu	14 025 \$	10 000 \$
Centre de femmes l'Éclaircie	11 431 \$	11 346 \$
Centre de femmes l'Essentielle (Le)	1 300 \$	325 \$
Collective par et pour Elle inc.	10 828 \$	10 675 \$
Re-Nou-Vie	24 624 \$	24 267 \$
Ressources-Femmes de la région d'Acton		4 421 \$
	<b>67 208 \$</b>	<b>67 084 \$</b>
<b>Communautés culturelles et autochtones</b>		
Vision inter-cultures	49 237 \$	49 237 \$
	<b>49 237 \$</b>	<b>49 237 \$</b>
<b>Concertation et consultation générale</b>		
Corporation de développement communautaire Beauharnois-Salaberry	85 105 \$	85 105 \$
Loisir et sport Montérégie	74 193 \$	69 100 \$
Réseau du Sport Étudiant du Québec - Montérégie	4 200 \$	6 200 \$
Table de concertation de la petite enfance et des personnes démunies de la Vallée-des-Patriotes	70 000 \$	70 000 \$
Table de concertation jeunesse de la Vallée-des-Patriotes	32 006 \$	37 006 \$
Table de concertation jeunesse du Bas-Richelieu	3 374 \$	7 649 \$
Table de concertation Jeunesse Maskoutaine inc. (La)	9 223 \$	7 223 \$
	<b>278 101 \$</b>	<b>282 283 \$</b>

	Subventions 2011-2012	Subventions 2010-2011
<b>Contraception, allaitement, périnatalité, famille</b>		
Amitié Matern'elle	800 \$	800 \$
Apprendre en coeur	1 066 \$	1 066 \$
Association des familles monoparentales et recomposées de St-Hyacinthe	1 700 \$	600 \$
Barbaparents (Les)	249 463 \$	249 463 \$
Camp de vacances familiales Valleyfield inc.	6 768 \$	18 055 \$
Carrefour du partage de Salaberry-de-Valleyfield	7 280 \$	15 280 \$
Carrefour familial du Richelieu	126 947 \$	138 157 \$
Carrefour Naissance-Famille	225 404 \$	223 318 \$
Centre de la famille St-Pie	9 000 \$	4 360 \$
Centre de la petite enfance les Pommettes rouges	131 065 \$	131 065 \$
Centre de ressources familiales du Haut St-Laurent	81 844 \$	81 844 \$
Centre périnatal Le Berceau	44 316 \$	43 798 \$
Champignoles de Farnham inc. (Les)	3 370 \$	3 370 \$
Comité d'allaitement maternel CALM	12 192 \$	11 772 \$
Écrit Tôt de Saint-Hubert (L')	6 323 \$	6 323 \$
Entraide Maternelle du Richelieu	6 984 \$	6 564 \$
Fablier, une histoire de familles (Le)	15 551 \$	15 551 \$
Famille à coeur inc.	13 968 \$	12 242 \$
Grands Frères et les Grandes Sœurs de Saint- Hyacinthe (Les)	85 119 \$	79 125 \$
Grands frères/grandes soeurs du Suroît inc.	98 445 \$	95 388 \$

	Subventions 2011-2012	Subventions 2010-2011
Groupe soutien allaitement maternel		
La mère à boire	3 127 \$	3 127 \$
Ligue La Lèche	1 315 \$	1 315 \$
Maison de la famille de Brossard (La)	21 766 \$	22 766 \$
Maison de la famille de la Vallée-du-Richelieu (La)	27 670 \$	12 052 \$
Maison de la famille de LeMoynes	21 766 \$	21 766 \$
Maison de la famille des frontières	3 370 \$	3 370 \$
Maison de la famille des Maskoutains (La)	27 689 \$	27 689 \$
Maison de la famille Joli-Coeur inc. (La)	54 730 \$	80 980 \$
Maison de la famille Kateri	2 101 \$	2 101 \$
Maison de la famille La Parentr'aide	121 743 \$	121 743 \$
Maison de la famille Valois inc.	12 805 \$	11 882 \$
Maison de la famille Vaudreuil-Soulanges	47 958 \$	49 518 \$
Maison des enfants de Varennes (La)	11 445 \$	11 445 \$
Maison des familles de Granby et région	22 102 \$	20 868 \$
Maison La Virevolte	102 980 \$	102 980 \$
Maison Tremplin de Longueuil (La)	17 675 \$	17 675 \$
MAM autour de la maternité	50 529 \$	49 583 \$
Mouvement S.E.M (sensibilisation à l'enfance maltraitée)	68 779 \$	67 364 \$
Nourri-Source - Montérégie	53 215 \$	52 279 \$
Petit pont (Le)	9 000 \$	9 000 \$
Programme d'aide aux jeunes mères-célibataires en difficulté: L'Envol	90 329 \$	86 858 \$
Soutien Lactéa	182 544 \$	181 758 \$

	Subventions 2011-2012	Subventions 2010-2011
Station de l'Aventure (La)	1 500 \$	1 500 \$
Une affaire de famille		8 764 \$
	<b>2 083 743 \$</b>	<b>2 106 524 \$</b>
<b>Déficiences intellectuelles</b>		
Association de parents de l'enfance en difficulté de la Rive-Sud, Montréal, Itée	6 221 \$	6 221 \$
Association de parents de personnes handicapées de Brome-Missisquoi	931 \$	931 \$
Association québécoise des troubles d'apprentissage de Bedford, section Brome-Missisquoi	3 004 \$	3 004 \$
Parrainage civique Champlain	22 346 \$	22 346 \$
	<b>32 502 \$</b>	<b>32 502 \$</b>
<b>Hébergement mixte</b>		
Maison d'hébergement pour personnes en difficulté de Granby inc.	31 071 \$	30 432 \$
	<b>31 071 \$</b>	<b>30 432 \$</b>
<b>Hommes en difficulté</b>		
AVIF (Action sur la violence et intervention familiale)	10 249 \$	10 118 \$
	<b>10 249 \$</b>	<b>10 118 \$</b>
<b>Maintien à domicile</b>		
Entraide Chez Nous (L')	5 036 \$	4 932 \$
	<b>5 036 \$</b>	<b>4 932 \$</b>
<b>Maisons d'hébergement communautaire jeunesse</b>		
Maison d'hébergement jeunesse		
Espace Vivant/Living room	500 \$	500 \$



	Subventions 2011-2012	Subventions 2010-2011
Maison Le Baluchon	788 \$	1 500 \$
	<b>1 288 \$</b>	<b>2 000 \$</b>
<b>Maisons d'hébergement pour femmes violentées ou en difficulté</b>		
Clé sur la porte, maison d'hébergement pour femmes victimes de violence conjugale et leurs enfants inc. (La)		10 015 \$
Maison La Source du Richelieu	10 125 \$	13 500 \$
	<b>10 125 \$</b>	<b>23 515 \$</b>
<b>Maisons de jeunes</b>		
Action jeunesse Roussillon	5 000 \$	10 000 \$
Adoléus inc. (L')	6 300 \$	6 300 \$
Butte (La)	6 500 \$	6 500 \$
Carrefour jeunesse d'Iberville		6 700 \$
Centre jeunesse « Le trait d'union »	14 928 \$	14 928 \$
Exit de Waterloo (L')	23 945 \$	22 976 \$
Maison de jeunes de Sorel inc.	17 875 \$	14 500 \$
Maison de jeunes des quatre lieux	2 500 \$	
Maison de jeunes l'Escalier en mon Temps	22 500 \$	28 059 \$
Maison de la jeunesse douze-dix-sept de Valleyfield	4 360 \$	25 715 \$
Maison des jeunes de Contrecoeur inc.	4 015 \$	4 015 \$
Maison des jeunes de Farnham inc.	5 364 \$	5 364 \$
Maison des jeunes de Granby inc. (La)	30 960 \$	28 694 \$
Maison des jeunes de Huntingdon inc. (La)	9 804 \$	11 000 \$
Maison des jeunes de La Prairie (La)	4 900 \$	5 000 \$

	Subventions 2011-2012	Subventions 2010-2011
Maison des jeunes de l'Île Perrot - Martin Bernier	3 000 \$	3 000 \$
Maison des jeunes de Marieville	2 500 \$	
Maison des jeunes de Rigaud (La)	6 250 \$	3 000 \$
Maison des jeunes de Saint-Bruno inc.	6 500 \$	6 500 \$
Maison des jeunes de Sainte-Julie inc. (La)	4 015 \$	4 015 \$
Maison des jeunes de Saint-Hyacinthe (La)	11 000 \$	9 835 \$
Maison des jeunes de Saint-Philippe	126 153 \$	78 403 \$
Maison des jeunes de Saint-Rémi inc. (La)	9 512 \$	9 512 \$
Maison des jeunes de Sutton inc. (La)	4 825 \$	4 825 \$
Maison des jeunes de Varennes inc.	4 015 \$	4 015 \$
Maison des jeunes de Vaudreuil-Dorion	3 000 \$	3 000 \$
Maison des jeunes de Verchères (La)	7 015 \$	7 015 \$
Maison des Jeunes des Quatre Fenêtres inc. (La)	4 000 \$	4 290 \$
Maison des Jeunes des Quatre-Vents	9 788 \$	4 500 \$
Maison des jeunes La piaule de Boucherville	8 915 \$	8 915 \$
Maison des jeunes La Porte ouverte	23 843 \$	23 843 \$
Maison des jeunes La Traversée	8 500 \$	9 028 \$
Maison des jeunes Le Boum (La)	2 720 \$	2 720 \$
Maison des jeunes l'Entracte (La)	5 000 \$	5 000 \$
Maison des jeunes Les Cèdres	3 000 \$	3 000 \$
Maison des jeunes Mercierois	8 000 \$	8 000 \$
Maison jeunesse L'Oxy-Bulle de Roxton	1 300 \$	1 800 \$
Programme action jeunesse de Candiac		5 000 \$
Programme d'intervention jeunesse (P.I.J.)	6 100 \$	

	Subventions 2011-2012	Subventions 2010-2011
Société pour l'épanouissement des jeunes de St-Amable (La)	4 015 \$	4 015 \$
	<b>431 917 \$</b>	<b>402 982 \$</b>
<b>Organismes de justice alternative</b>		
Justice alternative du Haut-Richelieu	33 286 \$	33 286 \$
Justice alternative du Suroît	45 769 \$	23 854 \$
Justice Alternative Pierre De Saurel inc.	11 175 \$	6 900 \$
Justice Alternative Richelieu-Yamaska	2 927 \$	1 800 \$
Ressources alternatives Rive-Sud	1 500 \$	1 500 \$
	<b>94 657 \$</b>	<b>67 340 \$</b>
<b>Orientation et identité sexuelles</b>		
Divers-Gens	500 \$	
Jeunes Adultes GAI-E-S (J.A.G.)	2 490 \$	2 000 \$
	<b>2 990 \$</b>	<b>2 000 \$</b>
<b>Personnes démunies</b>		
Aide momentanée pour les urgences Rigaudiennes (A.M.U.R.) Inc.	11 502 \$	3 960 \$
Association pour la défense des droits sociaux de Huntingdon	47 729 \$	46 747 \$
Aux sources du bassin de Chambly	33 989 \$	10 300 \$
Bouffe Additionnelle (La)	72 849 \$	55 836 \$
Bouffe du Carrefour (La)	94 063 \$	81 352 \$
Café de la Débrouille (Le)	23 289 \$	10 538 \$
Café des deux pains de Valleyfield	81 081 \$	69 206 \$
Carrefour communautaire Saint-Roch-de- Richelieu	84 023 \$	72 318 \$

	Subventions 2011-2012	Subventions 2010-2011
Carrefour Le Moutier	48 117 \$	47 127 \$
Carrefour Mousseau	122 723 \$	102 092 \$
Carrefour-Dignité (St-Jean)	25 733 \$	25 733 \$
Centre communautaire de Châteauguay inc.	35 281 \$	34 555 \$
Centre communautaire le Trait d'union	14 607 \$	14 607 \$
Centre de partage communautaire Johannais (CPCJ)	5 920 \$	5 500 \$
Coin du partage de Beauharnois inc. (Le)	28 317 \$	27 735 \$
Comité Action Populaire LeMoynes	43 331 \$	40 511 \$
Complexe Le Partage	135 325 \$	125 165 \$
Corne d'abondance entraide alimentaire et solidarité (La)	92 461 \$	77 439 \$
Croisée de Longueuil inc. (La)	133 994 \$	111 756 \$
Cuisine collective Soulanges	46 712 \$	39 909 \$
Cuisines collectives de la Montérégie (Les)	95 523 \$	83 229 \$
Cuisines collectives LIMO	36 422 \$	17 008 \$
Cuisines de l'Amitié	43 540 \$	20 242 \$
Entraide Mercier	11 560 \$	11 140 \$
Grenier aux trouvailles (Partage sans faim)	90 983 \$	78 267 \$
Maison de l'entraide de Ste-Julie inc. (La)	22 823 \$	13 637 \$
Maison d'hébergement dépannage de Valley- field M.H.D.V.	157 751 \$	154 506 \$
Moisson Maskoutaine (La)	52 278 \$	37 509 \$
Moisson Rive-Sud	136 432 \$	116 847 \$
Moisson Sud-Ouest	145 501 \$	137 178 \$
Porte du passant inc. (La)	116 377 \$	109 662 \$

	Subventions 2011-2012	Subventions 2010-2011
Rencontre Châteauguoise (La)	246 069 \$	227 077 \$
Repas du Passant (Le)	161 290 \$	171 564 \$
Ressources St-Jean-Vianney	46 594 \$	38 968 \$
S.O.S. Dépannage Granby et région inc.	141 054 \$	131 439 \$
Service alimentaire communautaire (S.A.C.) (Le)	44 975 \$	29 059 \$
Services communautaires de ville de Lac Brome inc.	6 382 \$	6 382 \$
Sourire sans fin	214 627 \$	186 096 \$
	<b>2 951 227 \$</b>	<b>2 572 196 \$</b>
<b>Santé mentale</b>		
Ancre et Ailes du Haut St-Laurent	3 908 \$	3 908 \$
Arc-en-ciel (Vaudreuil-Soulanges)	7 574 \$	10 691 \$
Centre de prévention du suicide de la Haute-Yamaska inc.	5 000 \$	5 000 \$
Oasis Santé Mentale Granby et région		4 000 \$
Phare source d'entraide (Le)	10 882 \$	14 510 \$
	<b>27 364 \$</b>	
<b>VIH - SIDA</b>		
ÉMISS-ère (Équipe multidisciplinaire d'inter- vention en santé sexuelle)	336 510 \$	331 810 \$
Oies blanches actions hépatites-VIH (Les)	31 880 \$	31 224 \$
	<b>368 390 \$</b>	<b>363 034 \$</b>
<b>SERVICES GENERAUX</b>		
Service d'aide domestique Jardins-Roussillon		2 774 \$
		<b>2 774 \$</b>

	Subventions 2011-2012	Subventions 2010-2011
<b>Agressions à caractère sexuel</b>		
Centre d'intervention en violence et agres- sions sexuelles de la Montérégie	145 154 \$	176 568 \$
	<b>145 154 \$</b>	<b>176 568 \$</b>
<b>Alcoolisme, toxicomanie, dépendance</b>		
Carrefour Le Point Tournant Inc.	10 000 \$	
	<b>10 000 \$</b>	
<b>Autres ressources pour femmes</b>		
Hébergement Maison de la Paix inc.	71 198 \$	69 734 \$
Maison d'hébergement et de transition l'Égide	99 277 \$	97 235 \$
	<b>170 474 \$</b>	<b>166 968 \$</b>
<b>Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (C.A.L.A.C.S.)</b>		
C.I.V.A.S. L'Expression libre du Haut-Richelieu	138 526 \$	135 677 \$
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (C.A.L.A.C.S.) de Granby	244 033 \$	239 014 \$
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (C.A.L.A.C.S.) La Vigie	244 118 \$	239 097 \$
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS) Châteauguay	291 007 \$	285 022 \$
Centre d'aide pour victimes d'agression sexuelle Richelieu-Yamaska et Sorel-Tracy C.A.V.A.S.	180 868 \$	177 148 \$
Traversée (Rive-Sud) (La)	324 116 \$	317 450 \$
	<b>1 422 668 \$</b>	<b>1 393 408 \$</b>
<b>Centres de femmes</b>		
Ainsi soit-elle (centre de femmes)	177 916 \$	174 257 \$

	Subventions 2011-2012	Subventions 2010-2011
Association Avante	177 123 \$	173 480 \$
Centre de femmes « L'Autonomie en soie »	177 115 \$	173 472 \$
Centre de femmes « La Moisson »	177 786 \$	174 129 \$
Centre de femmes du Haut-Richelieu	177 716 \$	174 061 \$
Centre de femmes La Marg'Elle inc.	177 917 \$	174 258 \$
Centre de femmes l'Éclaircie	193 692 \$	170 119 \$
Centre de femmes l'Essentielle (Le)	177 785 \$	174 128 \$
Centre de femmes, Vie Nous V'Elles	177 641 \$	173 987 \$
Collective par et pour Elle inc.	170 480 \$	166 974 \$
Com'femme	177 407 \$	173 758 \$
Contact'L De Varennes	20 420 \$	10 000 \$
D'main de femmes	177 715 \$	174 060 \$
Entre Ailes Ste-Julie	183 947 \$	180 164 \$
Entr'Elles Granby inc.	177 830 \$	174 172 \$
Inform'elle inc.	177 715 \$	174 060 \$
Re-Nou-Vie	177 793 \$	174 136 \$
Ressources-Femmes de la région d'Acton	182 460 \$	178 707 \$
	<b>3 060 458 \$</b>	<b>2 967 922 \$</b>
<b>Communautés culturelles et autochtones</b>		
Centre Sino-Québec de la Rive-Sud	37 028 \$	36 266 \$
	<b>37 028 \$</b>	<b>36 266 \$</b>
<b>Concertation et consultation générale</b>		
Association des alternatives en santé mentale de la Montérégie (L')	11 026 \$	11 026 \$
Regroupement des centres d'action bénévole de la Montérégie	12 273 \$	11 853 \$

	Subventions 2011-2012	Subventions 2010-2011
Regroupement des maisons de jeunes du Québec, section Montérégie	22 345 \$	11 925 \$
Regroupement du travail de proximité de la Montérégie (R.T.P.M.)	30 420 \$	20 000 \$
Table régionale des organismes communautaires et bénévoles de la Montérégie	184 746 \$	180 946 \$
	<b>260 810 \$</b>	<b>235 750 \$</b>
<b>Déficiences intellectuelles</b>		
Action intégration en déficience intellectuelle	13 700 \$	
Arche Beloeil inc. (L')	21 769 \$	
Association de la Rive-Sud pour la déficience intellectuelle	40 243 \$	
Centre de répit-dépannage Aux quatre poches inc.	24 800 \$	
Centre Louise Bibeau inc.	40 492 \$	
Halte Soleil	30 116 \$	
Maison de répit Dérageon inc.	59 251 \$	
Maison de répit L'intermède	13 000 \$	
Maison Répit-Vacances inc.	19 914 \$	
Roseaie Bleue, Rayon d'Espoir inc (La)	38 370 \$	
	<b>301 655 \$</b>	
<b>Hommes en difficulté</b>		
AVIF (Action sur la violence et intervention familiale)	150 456 \$	147 361 \$
Entraide pour hommes Vallée-du-Richelieu Inc. (L')	332 948 \$	306 986 \$

	Subventions 2011-2012	Subventions 2010-2011
Maison Le Passeur	133 774 \$	131 023 \$
Ressource pour hommes de la Haute-Yamaska	151 018 \$	147 912 \$
Via L'Anse	162 373 \$	139 920 \$
	<b>930 569 \$</b>	<b>873 202 \$</b>
<b>Maisons d'hébergement pour femmes violentées ou en difficulté</b>		
Accueil pour elle (L')	733 868 \$	718 774 \$
Carrefour pour elle	755 803 \$	740 258 \$
Clé sur la porte, maison d'hébergement pour femmes victimes de violence conjugale et leurs enfants inc. (La)	761 361 \$	745 701 \$
Hébergement d'Urgence Violence Conjugale Vaudreuil-Soulanges (La Passerelle)	636 717 \$	623 621 \$
Horizon pour elle inc.	724 288 \$	709 391 \$
Maison Alice-Desmarais	711 399 \$	696 767 \$
Maison d'aide et d'hébergement La Re-source de Châteauguay	701 980 \$	687 542 \$
Maison d'hébergement Simonne-Monet-Chartrand	669 082 \$	655 320 \$
Maison Hina inc.	705 415 \$	690 906 \$
Maison La Source du Richelieu	702 347 \$	687 901 \$
Pavillon Marguerite de Champlain	733 130 \$	718 051 \$
Résidence Elle du Haut St-Laurent	540 386 \$	529 271 \$
	<b>8 375 776 \$</b>	<b>8 203 503 \$</b>
<b>Maisons de jeunes</b>		
Maison des jeunes de Varennes inc.	5 000 \$	
	<b>5 000 \$</b>	

	Subventions 2011-2012	Subventions 2010-2011
<b>Orientation et identité sexuelles</b>		
Jeunes Adultes GAI-E-S (J.A.G.)	77 361 \$	75 770 \$
	<b>77 361 \$</b>	<b>75 770 \$</b>
<b>Troubles envahissants du développement</b>		
Répit TED-Autisme Montérégie	4 956 \$	
	<b>4 956 \$</b>	
<b>TOTAL – PROMOTION ET SERVICES À LA COMMUNAUTÉ</b>		
	<b>61 505 323 \$</b>	<b>57 922 232 \$</b>

## ANNEXE IV

### CODE D'ETHIQUE ET DE DEONTOLOGIE

#### 1. PRÉAMBULE

L'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie (ci-après l'Agence) a pour mission d'assurer la coordination du réseau montérégien, d'améliorer la performance de celui-ci et de contribuer à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population. Les membres du conseil d'administration (ci-après les administrateurs) sont désignés pour contribuer, dans le cadre de leur mandat, à la réalisation de cette mission ainsi qu'à la saine gestion des ressources et, le cas échéant, des biens de l'Agence.

Compte tenu du caractère public de la mission et des ressources qui sont confiées à l'Agence, il est primordial que la conduite de ses administrateurs témoigne de leur dévouement au service public et d'un comportement éthique exemplaire. Le présent code d'éthique et de déontologie vise donc notamment à assurer que la contribution des administrateurs se fasse dans le respect du droit, des personnes et des instances ainsi que des valeurs de l'Agence et de l'administration publique. En cas de doute, les administrateurs doivent agir dans l'esprit des principes et règles applicables.

#### 2. OBJECTIFS

Le présent document vient préciser les valeurs éthiques et les devoirs en matière de déontologie qui doivent guider la conduite des administrateurs dans l'exercice de leurs fonctions. Il se veut complémentaire aux codes de déontologie professionnels, aux ententes en vigueur, aux politiques, aux procédures, aux lois et aux règlements encadrant l'exercice des fonctions des personnes visées.

L'éthique réfère aux valeurs qui animent les individus et à celles qui sont véhiculées par l'organisation. Elle fait appel à un comportement allant au-delà de la simple observance de la loi, des règles et règlements édictés et représente le « juste » au-delà du légal. En cas d'incertitude, notamment lorsque la règle est ambiguë ou lorsque plusieurs règles s'affrontent, c'est alors que les valeurs éthiques interviennent afin de soutenir la prise de décision.

La déontologie énonce un ensemble de lois, de règles et de normes obligatoires auxquelles il est nécessaire de se conformer. La déontologie entend préciser de manière concrète les attentes et les comportements espérés de la part des administrateurs.

En conséquence,

- 2.1 Les principes et les règles contenus dans ce code visent à promouvoir auprès des administrateurs les principes d'intégrité, d'objectivité, d'impartialité et de transparence dans l'exercice de leurs fonctions et aussi à préserver et à maximiser leur capacité d'agir dans l'intérêt de la population de la Montérégie.
- 2.2 Le présent code vise également à maintenir et à renforcer la confiance de la population de la Montérégie, des partenaires de l'Agence et des instances gouvernementales, quant à la saine administration des ressources qui lui sont confiées.
- 2.3 Le présent code d'éthique et de déontologie n'a pas pour objet de se substituer aux lois et règlements en vigueur, mais plutôt de les soutenir et les renforcer. En cas de divergence entre le présent code et le Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics, les principes et règles les plus exigeants s'appliquent.

#### 3. CADRE LEGAL

Les éléments contenus dans le présent code d'éthique et de déontologie sont issus des prescriptions des textes suivants :



- Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2)
- Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics (L.R.Q., c. M-30, r.1)
- Déclaration des valeurs de l'administration publique québécoise (21 novembre 2002, Assemblée nationale, document sessionnel n° 1598-20021121)

#### 4. CHAMP D'APPLICATION

- 4.1 Le présent code d'éthique et de déontologie s'applique aux administrateurs de l'Agence nommés par le ministre de la Santé et des Services sociaux en application de l'article 397 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.
- 4.2 Il s'applique également au président-directeur général, malgré le fait qu'il puisse également être régi par des normes d'éthique ou de déontologie qui pourraient autrement lui être applicables à titre de membre du personnel de l'Agence.

#### 5. DÉFINITIONS

« **Administrateurs** » : Les membres du conseil d'administration, incluant le président-directeur général.

« **Conflit d'intérêts** » : Toute situation où l'intérêt personnel direct ou indirect de l'administrateur risque de compromettre l'exécution indépendante, objective et impartiale de ses responsabilités.

« **Règlement** » : *Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics.*

« **Code** » : Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie.

« **Conflit de rôles** » : conflit potentiel lié à la provenance d'un administrateur en vertu de l'article 397 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*.

#### 6. VALEURS

Les administrateurs adhèrent aux valeurs de l'administration publique québécoise reproduites en annexe V ainsi qu'aux valeurs propres à l'Agence et qui sont les suivantes :

##### 6.1 Agir avec compétence et rigueur.

Chaque administrateur s'acquitte de ses tâches avec professionnalisme. Il met à contribution ses connaissances, ses habiletés et son expertise pour atteindre les résultats visés. Il fait une utilisation judicieuse des ressources et de l'information mises à sa disposition.

##### 6.2 Agir avec impartialité et transparence.

Chaque administrateur fait preuve de neutralité et d'objectivité. Il prend des décisions dans le respect des règles applicables et accorde à tous un traitement équitable. Il remplit ses fonctions sans considération partisane. Il fait en sorte qu'il soit manifeste que les décisions sont prises dans l'intérêt public et en toute transparence.

##### 6.3 Agir avec intégrité.

Chaque administrateur se conduit d'une manière juste et honnête. Il évite de se mettre dans une situation où il se rendrait redevable à quiconque pourrait l'influencer indûment dans l'exercice de ses fonctions.

##### 6.4 Agir avec loyauté.

Chaque administrateur est conscient qu'il est un représentant de l'Agence auprès de la population. Il adhère aux principes démocratiques de notre société, il défend les intérêts de l'Agence et évite de lui causer préjudice.

## 6.5 Agir avec respect.

Chaque administrateur manifeste de la considération à l'égard de toutes les personnes avec lesquelles il interagit dans l'exercice de ses fonctions. Il fait preuve de courtoisie, d'écoute et de discrétion à leur égard. Il se montre également diligent et évite toute forme de discrimination.

## 7. OBLIGATIONS DÉONTOLOGIQUES

### 7.1 Règles relatives aux travaux et aux réunions.

L'administrateur doit :

- 7.1.1 Respecter les règlements, les politiques et les procédures en vigueur à l'Agence;
- 7.1.2 Être assidu aux réunions et autres activités du conseil et de ses comités ou signifier son absence et organiser ses affaires personnelles de façon à ce qu'elles soient compatibles avec l'exercice de ses fonctions;
- 7.1.3 S'assurer que les données pertinentes et les enjeux lui soient fournis et qu'il dispose des données pertinentes et de l'espace réflexif requis à l'égard des enjeux en cause;
- 7.1.4 Se préparer et s'assurer de bien comprendre la portée des décisions à prendre;
- 7.1.5 Conserver une attitude de respect et de dignité et préserver la confiance et la considération que requiert son statut;
- 7.1.6 Se contraindre à la discrétion au regard des informations auxquelles il accède dans le cadre de ses fonctions;
- 7.1.7 Respecter le caractère confidentiel des débats, échanges, discussions et informations écrites et verbales reçues;

- 7.1.8 S'abstenir de faire des confidences, des déclarations et d'agir de façon à discréditer l'Agence ou le conseil d'administration ou de nuire à leur bon fonctionnement;

- 7.1.9 Voter lorsque requis ou signifier son abstention;

- 7.1.10 Être solidaire des décisions prises par le conseil et faire preuve de réserve concernant les décisions du conseil;

- 7.1.11 Éviter de se substituer aux porte-parole de l'Agence.

### 7.2 Règles relatives aux conflits d'intérêts et aux conflits de rôles.

L'administrateur doit :

- 7.2.1 Faire preuve d'indépendance, agir à titre personnel et ne représenter d'aucune façon les intérêts particuliers des personnes, groupes, organismes, associations ou territoires desquels il est issu. L'administrateur n'est pas en conflit d'intérêts ou de rôles du seul fait qu'il provient d'un milieu, secteur ou organisme ayant proposé sa candidature aux fins de nomination au conseil, en vertu de l'article 397 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*;
- 7.2.2 Éviter de se placer en situation réelle ou potentielle de conflit d'intérêts;
- 7.2.3 Dénoncer à l'organisme tout intérêt direct ou indirect qu'il a dans une entreprise susceptible de mettre en conflit ses intérêts personnels et ceux de l'Agence;
- 7.2.4 S'abstenir de siéger ou de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question porte sur une entreprise dans laquelle il a des intérêts directs ou indirects; cependant, le fait pour un membre du conseil d'administration d'être actionnaire minoritaire d'une personne morale qui exploite une entreprise visée dans le présent article ne constitue pas un conflit

- d'intérêts si les actions de cette personne morale se transigent dans une bourse reconnue et si le membre du conseil d'administration en cause ne constitue pas un initié de cette personne morale;
- 7.2.5 Reconnaître le fait que d'être membre du conseil d'administration de l'Agence ne donne aucun privilège quant aux services de santé et services sociaux auxquels une personne a droit, ni aucun pouvoir autre que ceux dont il est investi en sa qualité d'administrateur dans le cadre d'une assemblée dûment convoquée ou dans le cadre d'un mandat du conseil;
- 7.2.6 Dissocier de l'exercice de ses fonctions la promotion et l'exercice de ses activités professionnelles, d'affaires ou bénévoles;
- 7.2.7 Saisir le président du conseil d'administration ou, s'il s'agit de ce dernier, le secrétaire général associé responsable des emplois supérieurs au ministère du Conseil exécutif s'il est d'avis qu'un membre du conseil d'administration a pu contrevenir à la loi, au règlement ou au présent code.
- L'administrateur ne doit pas :
- 7.2.8 Utiliser ou communiquer à un tiers une information privilégiée obtenue dans l'exercice de ses fonctions dans le but d'en retirer un avantage;
- 7.2.9 User indûment de son influence ou de son pouvoir, en raison de sa situation au sein du conseil d'administration;
- 7.2.10 Se laisser influencer, dans ses prises de décisions, par des offres d'emploi réelles ou potentielles.
- 7.2.11 Accepter un cadeau, marque d'hospitalité ou autre avantage qui n'est pas d'usage et d'une valeur modeste.

### 7.3 Règles relatives aux activités politiques.

L'administrateur doit :

- 7.3.1 Faire preuve de réserve dans la manifestation publique de ses opinions politiques;
- 7.3.2 Prendre ses décisions indépendamment de considérations partisans;
- 7.3.3 Aviser le président du conseil d'administration (ou le secrétaire général du conseil exécutif dans le cas du président ou le président-directeur général de l'Agence) de son intention de présenter sa candidature à une charge publique élective;
- 7.3.4 Dans le cas du président du conseil d'administration ou du président-directeur général de l'Agence, se démettre de ses fonctions s'il veut se porter candidat à une charge publique élective.

### 7.4 Règles relatives à l'après-mandat.

Un administrateur qui a cessé d'exercer ses fonctions au service de l'Agence ne doit pas :

- 7.4.1 Chercher à tirer des avantages indus de ses fonctions antérieures;
- 7.4.2 Communiquer de l'information confidentielle ni donner à quiconque des conseils fondés sur de l'information non disponible au public concernant l'Agence ou un tiers avec lequel il avait des rapports directs importants au cours de son mandat;
- 7.4.3 Dans l'année qui suit la fin de ses fonctions, agir au nom ou pour le compte d'autrui à l'égard d'une procédure, négociation ou autre opération à laquelle l'Agence est partie et sur laquelle il détient de l'information non disponible au public.

Les administrateurs en fonction ne peuvent :

- 7.4.4 Traiter dans les circonstances prévues à l'art. 7.4.3 avec l'administrateur qui y est visé dans l'année où celui-ci a quitté ses fonctions.

## 8. RÉMUNÉRATION

- 8.1 Les membres du conseil d'administration ne reçoivent aucun traitement ou rémunération autre que le remboursement des dépenses faites dans l'exercice de leurs fonctions.

## 9. MÉCANISMES D'APPLICATION

- 9.1 Dès leur entrée en fonction, les membres du conseil d'administration nommés ou désignés doivent :
- 9.1.1 S'engager à respecter le présent code ainsi que le Règlement et signer à cet effet l'annexe I<sup>1</sup> (engagement personnel);
- 9.1.2 Déclarer leurs intérêts en complétant et en signant l'annexe II<sup>2</sup> (déclaration des intérêts). Cette déclaration doit être amendée si un élément nouveau doit y être ajouté ou retranché.
- 9.2 Conformément à l'article 19 du Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics, le président du conseil d'administration a la responsabilité de s'assurer que les principes d'éthique et les règles de déontologie sont respectés par les administrateurs.
- 9.3 Si le président du conseil d'administration juge qu'il y a effectivement eu manquement au code ou au Règlement, il doit en

aviser le secrétaire général associé responsable des emplois supérieurs. C'est ce dernier qui décide des suites à donner.

- 9.4 La sanction qui peut être imposée conformément à l'article 40 du Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics est la réprimande, la suspension sans rémunération, le cas échéant, pour une durée maximale de trois mois ou la révocation.
- 9.5 Toute sanction imposée à un membre de conseil d'administration de même que la décision de le relever provisoirement de ses fonctions doit être écrite et motivée.

## 10. ENTRÉE EN VIGUEUR

Le présent Code d'éthique et de déontologie entre en vigueur au moment de son adoption par le conseil d'administration

---

<sup>1</sup> Inclus dans le document

<sup>2</sup> Voir note précédente

## ANNEXE V

### NOTES AUX ETATS FINANCIERS – AUDITEE

Exercice terminé le 31 mars 2012

#### NOTE 1 - STATUT ET NATURE DES OPÉRATIONS

L'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie a été constituée le 1er janvier 2006 en vertu de la *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives* (2005, chapitre 32). Elle a principalement pour objet d'exercer les fonctions nécessaires à la coordination de la mise en place des services de santé et des services sociaux de sa région, particulièrement en matière de financement, de ressources humaines et de services spécialisés.

En vertu des lois fédérale et provinciale de l'impôt sur le revenu, l'Agence n'est pas assujettie aux impôts sur le revenu.

#### NOTE 2 - MODIFICATION DE CONVENTIONS COMPTABLES

##### Modèle de présentation

Le rapport financier annuel est préparé conformément aux Normes canadiennes pour le secteur public, conséquemment, l'Agence présente, par voie de notes, les informations financières requises relativement à la variation des actifs financiers nets (dette nette) à son rapport financier annuel.

La présentation de ces nouvelles informations n'implique aucune modification dans la comptabilisation des opérations et événements, uniquement dans la présentation au rapport financier annuel, notamment les immobilisations, les stocks de fourniture et les frais payés d'avance qui sont désormais regroupés sous l'appellation *actifs non financiers* selon la présentation indiquée en note aux pages 280.

#### Revenus reportés

Afin de se conformer aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public, l'Agence a modifié rétrospectivement la méthode de comptabilisation des revenus reportés du fonds des activités régionalisées. Antérieurement, l'Agence imputait aux résultats les revenus en provenance du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, alors qu'elle aurait dû comptabiliser les revenus affectés à des fins prescrites lorsque les dépenses sont réalisées.

Cette modification comptable a eu pour effet d'augmenter (diminuer) les postes suivants :

	2011
<i>Fonds d'activités régionalisées</i>	
Résultats	
Variation des revenus reportés - MSSS	(84 341 \$)
Excédent (déficit)	(84 341 \$)
Bilan	
Autres revenus reportés	1 764 252 \$
Solde de fonds	
Solde de fonds au début 31 mars 2011	(1 679 911 \$)
Solde de fonds au début 31 mars 2012	(1 764 252 \$)

### **Entente en mode partenariat public-privé (PPP) CHSLD Saint-Lambert-sur-le-Golf**

Afin de se conformer aux directives du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, l'Agence a modifié rétrospectivement la méthode de comptabilisation de l'entente en mode PPP-CHSLD de Saint-Lambert-sur-le-Golf selon le chapitre SP 3410- paiements de transfert et a retraité le rapport financier annuel des exercices antérieurs. Antérieurement, l'Agence avait constaté l'entente comme un contrat de location-acquisition selon la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2- « Immobilisations corporelles louées ». En conséquence, le traitement comptable adopté de façon rétrospective constitue une dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public et une opinion avec réserve est présentée au rapport de l'auditeur indépendant.

Cette modification comptable a eu pour effet d'augmenter (diminuer) les postes suivants :

<b>Fonds d'immobilisations</b>	
<b>Résultats</b>	
Subventions du MSSS pour le remboursement de la dette - capital	
Intérêts sur emprunts temporaires et sur la dette	
Dépenses d'immobilisations non capitalisables	
Amortissement des immobilisations non capitalisables	
Excédent (déficit)	
<b>Bilan</b>	
Immobilisations	
Subventions à recevoir - réforme comptable	
Dette à long terme	

### **Fonds des activités régionalisées**

#### **Résultats**

Subvention FINESSS

Autres charges

Excédent (déficit)

### **Avantages sociaux futurs**

Dans le passé, les passifs afférents aux obligations envers les hors cadres du réseau de la santé et des services sociaux pour l'ancienne indemnité de départ n'étaient pas inscrits au rapport financier annuel.

Cette modification comptable a été appliquée prospectivement étant donné que l'impact sur les exercices antérieurs est considéré comme étant négligeable. Elle a pour effet d'augmenter (diminuer) les postes suivants :

	<b>2012</b>
Subventions à recevoir	184 386 \$
Salaires, avantages sociaux et charges sociales (variation de la provision)	(184 386 \$)
Surplus (déficit) de l'exercice	184 386 \$



### Enveloppes décentralisées

Par le passé, la portion des enveloppes décentralisées pour la période de octobre à mars étaient comptabilisées en double. Cette modification comptable a été appliquée rétrospectivement et a eu pour effet de diminuer les emprunts temporaires et les subventions à recevoir (perçue d'avance) - réforme comptable de 4 647 462 \$ en 2011.

### NOTE 3 - DESCRIPTION DES PRINCIPALES CONVENTIONS COMPTABLES

#### Référentiel comptable

Ce rapport financier annuel est établi conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public, sans les chapitres SP4200 à SP 4270, émises par l'Institut Canadien des Comptables Agréés.

#### Utilisation d'estimations

La préparation du rapport financier annuel exige que la direction ait recours à des estimations et à des hypothèses. Ces dernières ont une incidence à l'égard de la comptabilisation des actifs et des passifs, de la présentation des actifs et passifs éventuels à la date du rapport financier annuel, ainsi que la comptabilisation des produits et des charges au cours de la période visée par le rapport financier annuel. Les résultats réels peuvent différer des meilleures prévisions faites par la direction.

#### Exercice financier

Conformément aux dispositions de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, l'exercice financier de l'Agence s'étend du 1er avril au 31 mars. Cependant, l'exercice financier du Fonds de santé au travail qui regroupe les activités que doit assurer l'Agence aux fins de l'application des programmes de santé au travail, visés par le chapitre VIII de Loi sur la santé et la sécurité du travail, ne couvre pas la même période, l'exercice financier s'étend du 1er janvier au 31 décembre 2011.

#### Comptabilité d'exercice

La comptabilité d'exercice est utilisée tant pour l'information financière que pour les données quantitatives non financières.

#### Présentation par fonds

L'Agence suit les principes de la comptabilité par fonds. Les fonds suivants apparaissent aux états financiers de l'Agence et présentent donc une importance particulière :

- i. Le fonds d'exploitation regroupe les opérations courantes de fonctionnement (activités principales et accessoires);
- ii. Le fonds d'immobilisations : fonds regroupant les opérations relatives aux actifs immobilisés, aux dettes, aux subventions et à tout autre mode de financement s'y rattachant. Les immobilisations acquises pour les activités régionalisées, pour les activités des fonds affectés de l'Agence et pour des établissements privés admissibles sont inscrites directement au fonds d'immobilisations de l'Agence. De plus, les dépenses non capitalisables financées par les enveloppes décentralisées sont présentées aux résultats du fonds d'immobilisations;
- iii. Le fonds des activités régionalisées regroupe les opérations de l'Agence relatives à sa fonction de représentant d'établissements ou à toute autre fonction et activité à portée régionale confiées par les établissements et qu'elle assume dans les limites de ses pouvoirs. Le financement de ces opérations est assuré principalement à partir de crédits normalement destinés aux établissements et gérés sur une base régionale et par les établissements concernés;
- iv. Les fonds affectés sont constitués de subventions reliées à des programmes ou services précisément définis et confiés à l'Agence. Cette dernière a le mandat d'assurer les activités reliées aux programmes ou services pour lesquels ces subventions sont octroyées.
- v. Le fonds de santé au travail regroupe les activités reliées à la mise en application des programmes de santé au travail élaborés par la Commission de la santé et de la sécurité au travail. Ces programmes

visent à maintenir et à promouvoir la santé en milieu de travail. Le financement du fonds est constitué des subventions de la Commission de la santé et de la sécurité au travail et les activités sont réalisées par l'équipe régionale et les équipes locales.

Dans le contexte de la consolidation, afin d'éviter la comptabilisation en double des revenus et des dépenses, les transferts de et à un autre fonds sont comptabilisés directement au solde de fonds des fonds concernés. Dans le cas du fonds d'exploitation, du fonds des activités régionalisées et du fonds d'immobilisations, ils sont toutefois tenus en compte aux fins de présentation à l'état des résultats de manière à démontrer les résultats avant et après les transferts. Par la suite, ils sont présentés au solde du fonds des fonds concernés.

#### **Transferts interfonds**

Dans le contexte de la consolidation, afin d'éviter la comptabilisation en double des revenus et des dépenses, les transferts de et à un autre fonds sont comptabilisés directement au solde de fonds des fonds concernés. Dans le cas du fonds d'exploitation, du fonds des activités régionalisées et du fonds d'immobilisations, ils sont toutefois tenus en compte aux fins de présentation à l'état des résultats de manière à démontrer les résultats avant et après les transferts. Par la suite, ils sont présentés au solde du fonds des fonds concernés.

#### **Classification des activités**

La classification des activités du fonds d'exploitation de l'Agence tient compte des services qu'il peut fournir dans la limite de ses objets et pouvoirs et de ses sources de financement. Les activités sont classées en deux groupes :

- **Activités principales** : les activités principales regroupent les opérations qui découlent de la fonction qu'une Agence est appelée à exercer et qui sont essentielles à la réalisation de sa mission.
- **Activités accessoires** : les activités accessoires comprennent les fonctions que l'Agence rend, dans la limite de ses objets et pouvoirs.

#### **Centres d'activités**

En complément de la présentation de l'état des résultats par nature des dépenses engagées par l'Agence dans le cadre du fonds d'exploitation et du fonds des activités régionalisées sont regroupés dans des centres d'activités. Chacun de ceux-ci est une entité regroupant des dépenses relatives à des activités ayant des caractéristiques et des objectifs similaires eu égard aux services rendus par l'Agence.

#### **Subdivisions des activités accessoires**

Les activités accessoires se subdivisent en activités complémentaires et en activités de type commercial.

Les activités accessoires complémentaires regroupent les opérations qui tout en constituant un apport au réseau de la santé et des services sociaux découlent des fonctions additionnelles exercées par l'Agence en sus des fonctions confiées à l'ensemble des agences. Les fonds nécessaires à l'autofinancement de ces opérations proviennent du ministère de la Santé et des Services sociaux (ci-après le « MSSS »), d'autres ministères, de régies gouvernementales, d'organismes parapublics, etc. Parmi les activités les plus courantes, on retrouve l'enseignement médical, la recherche et la santé au travail.

Les activités accessoires de type commercial regroupent toutes les opérations de nature commerciale. Elles ne sont pas reliées directement à l'exercice des fonctions confiées aux agences.

#### **Immobilisations**

Les immobilisations sont comptabilisées au coût et amorties, à l'exception des terrains qui ne sont pas amortis, selon une méthode logique et systématique, sur une période correspondant à leur durée de vie utile. Le coût comprend les frais financiers capitalisés pendant la période de construction, d'amélioration ou de développement. Les immobilisations en cours de construction, en développement ou en mise en valeur ne font pas l'objet d'amortissement avant leur mise en service.

Les immobilisations acquises sont comptabilisées au coût. Elles sont amorties linéairement en fonction de leur durée de vie utile :

Catégories	Durée
Améliorations locatives	durée du bail (10 ans)
Équipement informatique	3 ans
Équipements de communication multimédia	5 ans
Mobilier et équipement de bureau	5 ans
Équipement médical	25 ans
Équipement médical et de transport	12 ans
Développement informatique	5 ans
Autres équipements	15 ans

#### **Avoir propre**

L'avoir propre est constitué des résultats des activités accessoires et de la partie de l'excédent des revenus sur les charges des activités principales des exercices précédents libérés par le Ministère.

Lorsque les résultats des activités principales se soldent par un excédent des charges sur les revenus, ce montant est imputé en totalité à l'avoir propre.

Par ailleurs, l'utilisation de l'avoir propre ne doit pas avoir pour effet de rendre le solde de cet avoir déficitaire.

#### **Revenus**

Les revenus sont comptabilisés selon la méthode de la comptabilité d'exercice, c'est-à-dire dans l'année au cours de laquelle ont eu lieu les opérations ou les faits leur donnant lieu.

De façon plus spécifique :

*Pour les sommes en provenance d'une entité faisant partie du périmètre comptable du gouvernement, MSSS, etc.:*

Ces sommes, dont le budget de fonctionnement sont constatées et comptabilisées aux revenus dans l'année financière au cours de laquelle surviennent les faits qui leur donnent lieu, dans la mesure où ils sont autorisés, où les critères d'admissibilité sont rencontrés (s'il en est) et où une estimation raisonnable des montants en cause est possible.

Les sommes reçues ou à recevoir concernant des revenus qui seront gagnés dans une année ultérieure peuvent faire l'objet d'un revenu reporté que dans le cas où les sommes doivent être affectées à des fins prescrites et que pour des dépenses qui seront assumées dans le futur.

Lorsque les fins spécifiées sont remplies, la comptabilisation du revenu reporté n'est généralement plus permise. Toutefois, si une nouvelle entente écrite est conclue entre les parties, la comptabilisation d'un revenu reporté pourrait être possible si les faits donnant lieu au transfert ne sont pas survenus. C'est le cas lorsque la nouvelle entente prévoit les fins pour lesquelles les sommes restantes doivent être utilisées.

*Pour les sommes en provenance d'une entité hors du périmètre comptable du gouvernement :*

Ces sommes sont constatées et comptabilisées comme revenu dans l'exercice au cours duquel elles sont utilisées aux fins prescrites en vertu d'une entente (nature de la dépense, utilisation prévue ou période pendant laquelle les dépenses devront être engagées). Les sommes reçues avant qu'elles soient utilisées doivent être présentées à titre de revenus reportés jusqu'à ce que lesdites sommes soient utilisées aux fins prescrites dans l'entente.

Lorsque les sommes reçues excèdent les coûts de la réalisation du projet ou de l'activité, selon les fins prescrites à l'entente, cet excédent doit être inscrit comme revenu dans l'exercice au cours duquel le projet ou l'activité est terminé, sauf si l'entente prévoit l'utilisation du solde, le cas échéant, à d'autres fins prescrites. De même, si une nouvelle entente écrite est conclue entre les par-

ties, il est possible de comptabiliser un revenu reporté, si cette entente prévoit les fins pour lesquelles le solde doit être utilisé.

Pour les fonds des activités régionalisées, sont reportés les revenus spécifiques pour des activités qui se réaliseront au cours de l'exercice subséquent;

Pour les fonds affectés, les subventions reportées ne peuvent découler que des situations suivantes :

- Subvention spécifiquement identifiée dans un document provenant du Ministère comme étant accordée en tout ou en partie à un exercice financier futur;
- Subvention reçue en fin d'exercice financier (trois derniers mois de l'exercice) ou au début de l'exercice financier subséquent et dont la réallocation ne peut être effectuée qu'au cours de l'exercice subséquent;
- Subvention accordée pour la première année à un fonds affecté pour des activités dont la programmation n'a pu être déterminée dans l'année;
- Subvention à redistribuer aux autres agences et dont la répartition n'est pas connue au 31 mars;

#### **Autres revenus**

Les sommes reçues par subvention ou autre forme de contribution sans condition rattachée, à l'exception des sommes octroyées par le gouvernement du Québec et ses ministères ou par des organismes dont les dépenses de fonctionnement sont assumées par le fonds consolidé du revenu sont comptabilisées aux revenus des activités principales dès leur réception et sont désormais présentées à l'état des résultats du fonds d'exploitation.

#### **Revenus d'intérêts**

Les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements sont partie intégrante de chacun des fonds et, dans le cas spécifique du fonds d'exploitation, sont répartis entre les activités principales et les activités accessoires. Dans le cas d'un

prêt interfonds, les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements, réalisés à partir d'un solde prêté, appartiennent au fonds prêteur.

#### **Subventions du MSSS - Écart de financement - immobilisations**

Les montants reçus pour pourvoir au remboursement des dettes subventionnées à leur échéance sont comptabilisés aux résultats du fonds auquel ils se réfèrent. Il en est de même pour les remboursements qui sont effectués directement aux créanciers par le ministère des Finances du Québec. De plus, un ajustement annuel de la subvention à recevoir ou perçue d'avance concernant le financement des immobilisations est comptabilisé aux revenus de l'exercice du fonds d'immobilisations. Cet ajustement de la subvention est déterminé par l'Agence à son rapport financier annuel.

#### **Frais d'émission, escompte et prime liés aux emprunts**

Les frais d'émission liés aux emprunts sont comptabilisés à titre de frais reportés et amortis sur la durée de chaque emprunt selon la méthode linéaire.

Le solde non amorti de l'escompte et des frais d'émission est inclus aux frais reportés liés aux dettes alors que le solde non amorti de la prime est présenté à titre de revenu reporté.

#### **NOTE 4 - EMPRUNT BANCAIRE**

Au 31 mars 2012, l'Agence dispose d'une autorisation d'avance par billet grille de 58 595 000 \$ à taux fixe garantie par le Ministère (de 1,5 %) dont 53 179 244 \$ sont utilisés au 31 mars 2012. La convention de crédit est renégociable au besoin.

De plus, l'Agence dispose d'une marge de crédit non utilisée d'un montant maximum autorisé déterminé par le ministère de la Santé et des Services sociaux à taux variable égal au taux de base de la Banque Nationale échéant le 31 mars 2015

## NOTE 5 - DETTE À LONG TERME

La dette à long terme du fonds d'immobilisations est destinée à financer les enveloppes décentralisées d'immobilisations et d'équipements et est payable à Financement-Québec.

	2012
<b>Financement Québec :</b>	
Emprunt portant intérêt au taux de 9,61 % au 31 mars 2012 remboursable en versements annuels prédéterminés, échéant le 31 mars 2023	10 752 184
Emprunt portant intérêt au taux de 2,054 % remboursable en versements annuels de 213 802 \$, échéant le 25 avril 2017	5 345 050
Emprunt portant intérêt au taux de 3,835 % remboursable en versements annuels de 315 421 \$, échéant le 1 <sup>er</sup> décembre 2016	4 100 468
Emprunt portant intérêt au taux de 3,835 % remboursable en versements annuels de 37 234 \$, échéant le 1 <sup>er</sup> décembre 2016	893 618
Emprunt portant intérêt au taux de 3,544 % remboursable en versements annuels de 1 818 820 \$, échéant le 1 <sup>er</sup> décembre 2016	13 372 860
Emprunt portant intérêt au taux de 4,135 % remboursable en versements annuels de 1 016 091 \$, échéant le 1 <sup>er</sup> décembre 2013	7 945 952
Emprunt portant intérêt au taux de 4,32 % remboursable en versements annuels de 742 007 \$, échéant le 25 avril 2012	11 330 224
Emprunt portant intérêt au taux de 4,415 % remboursable en versements annuels de 1 371 926 \$, échéant le 1 <sup>er</sup> mars 2014	10 330 682
Emprunt portant intérêt au taux de 3,877 % remboursable en versements annuels de 25 800 \$, échéant le 1 <sup>er</sup> décembre 2014	541 800

	2012
Emprunt portant intérêt au taux de 3,877 % remboursable en versements annuels de 799 375 \$, échéant le 1 <sup>er</sup> décembre 2014	6 461 308
Emprunt portant intérêt au taux de 3,32 % remboursable en versements annuels de 176 456 \$, échéant le 1 <sup>er</sup> juin 2014	2 892 223
Emprunt portant intérêt au taux de 3,32 % remboursable en versements annuels de 1 192 550 \$, échéant le 1 <sup>er</sup> juin 2014	7 801 308
Emprunt portant intérêt au taux de 3,222 % remboursable en versements annuels de 277 744 \$, échéant le 1 <sup>er</sup> décembre 2014	833 232
Emprunt portant intérêt au taux de 3,847 % remboursable en versements annuels de 325 078 \$, échéant le 1 <sup>er</sup> juin 2016	1 625 392
	84 226 301
Tranche échéant à moins d'un an	20 629 279
	<b>63 597 022 \$</b>

Les remboursements en capital de la dette long terme à effectuer durant les cinq prochains exercices sont les suivants :

	Autres emprunts
2013	20 629 279
2014	23 161 229
2015	18 568 528
2016	3 198 265
2017	10 707 838
2018 et suivantes	7 961 162
	<b>84 226 301 \$</b>



#### NOTE 6 - RÉGIMES DE RETRAITE

Les membres du personnel de l'Agence participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP), au Régime de retraite des fonctionnaires (RRF) ou au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE). Ces régimes interentreprises sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès. La comptabilité des régimes à cotisations déterminées est appliquée aux régimes interentreprises à prestations déterminées gouvernementaux étant donné que l'Agence ne dispose pas d'informations suffisantes pour appliquer la comptabilité des régimes à prestations déterminées. Les cotisations de l'exercice de l'Agence envers ces régimes gouvernementaux sont assumées par le MSSS et ne sont pas présentées au rapport financier annuel.

#### NOTE 7 - OPÉRATIONS ENTRE APPARENTÉS

L'Agence est apparentée avec tous les ministères et les fonds spéciaux ainsi qu'avec tous les organismes et entreprises contrôlés directement ou indirectement par le gouvernement du Québec ou soumis, soit à un contrôle conjoint, soit à une influence notable commune de la part du gouvernement du Québec. L'Agence n'a conclu aucune opération commerciale avec ces apparentés autrement que dans le cours normal de ses activités et aux conditions commerciales habituelles. Ces opérations ne sont pas divulguées distinctement au rapport financier annuel.

#### NOTE 8 - ÉVENTUALITÉS

L'Agence fait l'objet d'une poursuite de 829 400 \$ relativement à un litige portant sur le taux de rétribution des ressources intermédiaires. Par ailleurs, la rétribution des ressources intermédiaires étant du ressort des établissements de santé et de services sociaux, il est très peu probable que l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie ait à verser quelque indemnité aux ressources intermédiaires. À cet effet, aucune provision n'a été comptabilisée.

Des griefs de la part d'employés ont été transmis auprès de l'Agence. Ces griefs pourraient faire l'objet de réclamations auprès de l'Agence. Il n'est pas possible

de déterminer actuellement l'issue de ces griefs. Advenant que l'Agence ait des sommes à déboursier à l'égard de ces griefs, elles seraient comptabilisées dans l'exercice où aura lieu le règlement.

#### NOTE 9 - ANALYSE FINANCIÈRE DU MSSS

Le Ministère a complété l'analyse financière du rapport annuel de l'exercice 2010-2011.

#### NOTE 10 - ENGAGEMENTS

L'Agence s'est engagée en vertu de baux à long terme pour des locaux administratifs, dont certains ont des options de renouvellement et pour d'autres contrats de service pour divers entretiens échéants à diverses dates jusqu'en mars 2015. De plus, l'Agence s'est engagée relativement à deux ententes de partenariat public et privé pour le CHSLD St-Lambert-sur-le-golf et le CHSLD Ste-Catherine à verser un per diem pour des services cliniques et autres éléments, lesquels sont déduits des contributions des résidents. Ces contrats viennent à échéance en mars 2034 et comportent des options de renouvellement.

Les paiements minimums exigibles au cours des prochains exercices s'établissent comme suit :

2013	16 738 624
2014	20 722 748
2015	20 213 677
2016	19 777 427
2017	20 152 852
2017 et suivantes	426 318 886
	<b>523 924 214 \$</b>



De plus, l'Agence s'est engagée en vertu de contrats échéants en mars 2037 et mars 2038 pour des montants de 45 908 050 \$ avec le Groupe Champlain - CHSLD des Pommeliers pour leur relocalisation suite à la fusion et de 19 310 933 \$ avec le Centre d'accueil Marcelle Ferron pour leur agrandissement.

Les paiements minimums exigibles au cours des prochains exercices s'établissent comme suit :

2	2 604 624
2014	2 604 624
2015	2 604 624
2016	2 604 624
2017	2 604 624
2018 et suivantes	52 195 863
	<b>65 218 983 \$</b>

#### NOTE 11 - VARIATION DES ACTIFS NETS (DETTE NETTE)

La variation des actifs financiers nets (dette nette) représente la différence entre les actifs financiers et les passifs financiers.

Les actifs financiers correspondent à tous les actifs à court et à long terme autres que les immobilisations, les frais payés d'avance et les frais reportés liés aux dettes; ils représentent au 31 mars 2012 une somme de 168 132 200 \$ (165 264 910 \$ au 31 mars 2011);

Les actifs non financiers sont constitués des immobilisations, des frais payés d'avance et des frais reportés liés aux dettes; ils s'élèvent à 3 962 874 \$ au 31 mars 2012 (3 460 240 \$ au 31 mars 2011);

Les passifs financiers correspondent à la somme des passifs à court et à long terme; ils totalisent au 31 mars 2012 une somme de 157 849 510\$ (155 712 350 \$ au 31 mars 2011).

	2012	2011
Variation des actifs financiers	2 867 290 \$	14 887 707 \$
Variation des actifs non financiers	502 634 \$	(780 288) \$
Variation des passifs financiers	2 137 160 \$	12 880 231 \$
Variation des actifs financiers nets	730 130 \$	2 007 476 \$

Agence de la santé  
et des services sociaux  
de la Montérégie

Québec 

1255, rue Beauregard,  
Longueuil (Québec) J4K 2M3  
Téléphone : 450 928-6777  
Télécopieur : 45 679-6443  
[www.santemonteregie.qc.ca/agence](http://www.santemonteregie.qc.ca/agence)